



Inklusives Special Olympics Bowling Turnier 2019

Koblenz, 07.02.2019

Gerne nehmen wir am Inklusiven Bowlingturnier am 07. Februar 2019 teil:

Name der Einrichtung / des Teams

Name des Ansprechpartners

Straße

PLZ und Ort

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Ort, Datum

Unterschrift, der Einrichtung / Familie

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular bis zum 09.01.2019 an:

Special Olympics Rheinland-Pfalz e.V.

Rheinau 10, 56075 Koblenz

E-Mail: info@so-rlp.de / Fax: 0261 / 135 -259

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!



Datenschutz & Bildrechte

für das inklusive Bowlingturnier

Hinweise Datenschutz

Die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Übertragung meiner Daten durch Special Olympics Rheinland-Pfalz e.V. erfolgt zum Zwecke der Durchführung des inklusiven Bowlingturniers in Koblenz.

Mit der Anmeldung willige ich ein, dass alle Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Planung und Durchführung der oben genannten Veranstaltung Special Olympics Rheinland-Pfalz e.V. und den verantwortlichen Mitarbeitern zugänglich sind.

Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und nach gesetzlichen Vorschriften gelöscht.

Bild- Filmrechte

Mit der Anmeldung zur oben genannten Veranstaltung geben wir die uneingeschränkte Erlaubnis, dass Special Olympics Rheinland-Pfalz e.V. die im Rahmen der Veranstaltung am aufgenommenen Fotografien und Medienaufzeichnungen unentgeltlich für kommerzielle und nicht kommerzielle Zwecke verwenden darf. Das Nutzungsrecht schließt hierbei Print-, Digital-, - und Onlinepublikationen sowie Social-Media-Kanäle (Facebook, Instagram, Youtube) mit ein.

Ort, Datum

Unterschrift Einrichtung / Erziehungsberechtigter

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!



Folgende Teilnehmer sind beim inklusiven Bowling Turnier dabei:

<u>Team 1</u>							
Nr.	Name	Geschlecht (m / w)	Art (bitte Angaben ergänzen & ankreuzen)			Anmerkung (besondere Diät / Rolli)	Schuhgröße
			A: Athlet m. Handicap U: Unified-Partner B: Betreuer	Klassisches Team	Unified- Team		
1							
2							
3							
4							
5			B				
6			B				



<u>Team 2</u> <i>(optional)</i>							
Nr.	Name	Geschlecht (m / w)	Art (bitte Angaben ergänzen & ankreuzen)			Anmerkung (besondere Diät / Rolli)	Schuhgröße
			A: Athlet m. Handicap U: Unified-Partner B: Betreuer	Klassisches Team	Unified- Team		
1							
2							
3							
4							
5			B				
6			B				