***BITTE GUT LESERLICH IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!***

***Bitte ankreuzen:* ☐ ERSTMALIGER ANTRAG ☐ FOLGEANTRAG**

***Bitte ankreuzen:* ☐ Sportlerlizenzkarte vorhanden ☐ Sportlerlizenzkarte nicht vorhanden**

**PASSFOTO:** Bei erstmaligem Antrag ist ein **Passfoto** (benannt: Vor- und Zuname) im jpg-Format **per E-Mail zu senden** an: [office@specialolympics.at](mailto:maria.ulrich@specialolympics.at)

**ATHLET/IN GESETZLICHE/R VERTRETER/IN**

Anrede: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Anrede: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zuname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Zuname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**ADRESSDATEN: ATHLET/IN GESETZLICHE/R VERTRETER/IN**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Bitte ankreuzen:*** ☐ Privat oder ☐ Institution  Name der Institution: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Straße: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Hausnr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  PLZ: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Ort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Bundesland: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Mobil/Tel.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  E-Mail: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Straße: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Hausnr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  PLZ: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Ort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Bundesland: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  Mobil/Tel.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  E-Mail: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**GEBURTSDATEN ATHLET/IN:**

***Bitte ankreuzen:*** Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

***................................................................................. .................................................................................***

***Ort, Datum, Unterschrift Athlet/in\* Ort, Datum, Unterschrift Gesetzl. Vertreter/in \*/\*\****

\*Ich bin mit der Aufzeichnung meiner Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzes einverstanden.

\*\*Einverständnis gilt bis auf Widerruf des gesetzlichen Vertreters.

**Ärztliche BESCHEINIGUNG ÜBER SPORTTAUGLICHKEIT** (vom Arzt auszufüllen)

**☐ Sporttauglich ☐ eingeschränkt sportfähig\* ☐ nicht sporttauglich**

|  |
| --- |
| **\***Anmerkung: |

....................................................... ......................................................... ........................................................

Stempel des Arztes Ort, Datum Unterschrift des Arztes

Das **vollständig ausgefüllte** und von Athlet/in, gesetzl. Vertreter/in **unterfertigte** und ärztl. bestätigte  
Antragsformular ist per Post, Fax oder E-Mail zu senden an