***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:office@specialolympics.at)

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

Anrede: ………………………………………………. Anrede: ………………………………………………..

Vorname: ………………………………………………. Vorname: ………………………………………………..

Zuname: ………………………………………………. Zuname: ………………………………………………..

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

|  |  |
| --- | --- |
| ***Bitte ankreuzen:*** ☐ Privat oder ☐ Institution  Name der Institution: …………………………………..  Straße: ………………………………………………….  Hausnr.: ………………………………………………..  PLZ: ……………………………………………………  Ort: …………………………………………………….  Bundesland: …………………………………………  Mobil/Tel.: ……………………………………………  E-Mail: ………………………………………………. | Straße: ………………………………………………..  Hausnr.: ……………………………………………….  PLZ: …………………………………………………..  Ort: ……………………………………………………  Bundesland: ………………………………………….  Mobil/Tel.: …………………………………………….  E-Mail: ……………………………………………….. |

**GEBURTSDATEN ATHLET/IN:**

***Bitte ankreuzen:*** Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):

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

***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 oder E-Mail zu senden an: [office@specialolympics.at](mailto:office@specialolympics.at) oder per Post an   
Special Olympics Österreich, Rohrmoosstraße 234., 8970 Schladming