



# Ummeldeformular Sportler/Trainer

- Athlet     Unified Partner/Sportler ohne Behinderung     Delegationsleiter  
 Cheftrainer     Trainer

Name der Delegation/Einrichtung

Mitgliedsnummer

Sportart

Name, Vorname des zu streichenden Sportlers/Trainers

Name, Vorname des nachnominierten Sportlers/Trainers

## Informationen zum nachnominierten Sportler/Trainer

Geburtsdatum/Geschlecht: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Disziplin/ggf. Bestwert: 1) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Ernährungshinweise und medizinische Besonderheiten:

\_\_\_\_\_

## Im Notfall zu kontaktieren ist:

Name

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift

Gefördert durch:



Bayerisches Staatsministerium für  
Familie, Arbeit und Soziales

Bezirk  
Oberpfalz

BAYERISCHE  
LANDESSSTIFTUNG

Gefördert durch die

**AKTION  
MENSCH**

Top Sponsoren:

**Continental**

**Sparkasse  
Regensburg**