



Ummeldeformular Sportler/Trainer

Special Olympics Düsseldorf 2014

Athlet Unified Partner Delegationsleiter Headcoach Coach

Name der Institution/Einrichtung: _____

Mitgliedsnummer: _____

Sportart: _____

Name des zu streichenden Sportlers/Trainers: _____

Name des nachnominierten Sportlers/Trainers: _____

Informationen des nachnominierten Sportlers/Trainers

Geburtsdatum/Geschlecht: _____ / _____

Disziplin/Skillwert: 1) _____ / _____

2) _____ / _____

3) _____ / _____

Ernährungshinweise und medizinische Besonderheiten:

Im Notfall zu kontaktieren ist:

Name: _____ / Telefonnummer: _____

Ort, Datum

Unterschrift



Premium Partner von Special Olympics Deutschland