



Ummeldeformular Sportler/Trainer

Special Olympics Inzell 2015

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

 **WURTH**

 **ABB**

 **s.Oliver**