

Sportlerlizenzantrag 2025 – FOLGEANTRAG

BITTE GUT LESERLICH IN BLOCKSCHRIFT ALLE FELDER AUSFÜLLEN!

Das **vollständig ausgefüllte** und von Athlet:in, gesetzl. Vertretung oder Erwachsenenvertretung **unterfertigte** und **ärztl. bestätigte** Antragsformular per E-Mail an angelika.kopfer@soo-vorarlberg.at oder per Post an Special Olympics Vorarlberg, Am Garnmarkt 3/2, 6840 Götzis oder Einreichung über <https://soo-vorarlberg.at/mitgliedschaft/mitgliedschaft-anmeldung>

<p><u>Persönliche Daten von ATHLET:IN</u></p> <p>wohnt privat oder in Institution (bitte ankreuzen)</p> <p><input type="radio"/> privat <input type="radio"/> in Institution</p> <p>Anrede: <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau</p> <p>Vorname:</p> <p>Nachname:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich</p> <p>Name der Institution:</p> <p>Straße:</p> <p>Hausnr.:</p> <p>PLZ: Ort:.....</p> <p>Staatsbürgerschaft:</p> <p>Mobil/Tel.:</p> <p>E-Mail:</p> <hr/> <p><u>Kontaktperson/Ansprechpartner (bei Institutionen)</u></p> <p>Name:</p> <p>Mailadresse:</p> <p>Telefonnummer:</p>	<p><u>Daten der VERTRETUNG</u></p> <p><input type="radio"/> gesetzliche Vertretung <input type="radio"/> Erwachsenenvertretung</p> <p><input type="radio"/> keine Vertretung</p> <p>Vorname:</p> <p>Nachname:</p> <p>Straße:</p> <p>Hausnr.:</p> <p>PLZ:</p> <p>Ort:</p> <p>Mobil/Tel.:</p> <p>E-Mail:</p> <hr/> <p><u>Rechnungsadresse (für den Versand von Mitgliedsbeiträge, Selbstbehalte, etc.)</u></p> <p><input type="radio"/> an Athlet:in</p> <p><input type="radio"/> an Institution oder Kontaktperson</p> <p><input type="radio"/> an gesetzl. Vertretung / Erwachsenenvertretung</p> <hr/> <p><u>Infomails an – Mehrfachnennung möglich: (Infos zur Sportart, allgemeine Infos, Einladungen etc.)</u></p> <p><input type="radio"/> an Athlet:in</p> <p><input type="radio"/> an gesetzl. Vertretung / Erwachsenenvertretung</p> <p><input type="radio"/> an Kontaktperson</p>
---	--

.....
Ort, Datum, Unterschrift Athlet:in*

.....
Ort, Datum, Unterschrift gesetzl. Vertretung / EV*/**

*Ich bin mit der Aufzeichnung meiner Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzes einverstanden.
Ich bevollmächtige den Verein Special Olympics Vorarlberg ZVR-Zahl 277828721 mich in sämtlichen Angelegenheiten in Sachen Special Olympics Österreich zu vertreten.
Diese von mir oder von mir vertretenen Personen angegebenen Daten zum Zwecke der Vertrags-erfüllung/Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen dürfen von Special Olympics Österreich für die laut Datenschutzerklärung (abrufbar unter <https://specialolympics.at/impressum>) vorgesehenen und zulässigen Zwecke verarbeitet, gespeichert und Dritten offengelegt werden.
**Einverständnis gilt bis auf Widerruf der gesetzlichen Vertretung oder Erwachsenenvertretung

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER ALLGEMEINE SPORTTAUGLICHKEIT (vom Arzt auszufüllen)

*Anmerkung:

.....
Stempel des Arztes Ort, Datum
Unterschrift des Arztes