

Sportlerlizenzantrag 2026 – NEUANTRAG

BITTE GUT LESEFERTIG IN BLOCKSCHRIFT ALLE FELDER AUSFÜLLEN!

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

Passfoto: Weiters wird ein **aktuelles Pass- oder Portraitfoto** benötigt. Bei Zusendung via Mail oder über die Homepage bitte im jpg-Format.

<p>Persönliche Daten von ATHLET:IN</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:</p> <p>Ort:</p> <p>Staatsbürgerschaft:</p> <p>Mobil/Tel.:</p> <p>E-Mail:</p>	<p>Daten der VERTRETUNG</p> <p><input type="radio"/> gesetzliche Vertretung <input type="radio"/> Erwachsenenvertretung <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>
<p>Kontaktperson/Ansprechpartner (bei Institutionen)</p> <p>Name:</p> <p>Mailadresse:</p> <p>Telefonnummer:</p>	<p>Rechnungsadresse (für den Versand von Mitgliedsbeiträge, Selbstbehalte, etc.)</p> <p><input type="radio"/> an Athlet:in <input type="radio"/> an Institution oder Kontaktperson <input type="radio"/> an gesetzl. Vertretung / Erwachsenenvertretung</p> <p>Infomails an – Mehrfachnennung möglich: (Infos zur Sportart, allgemeine Infos, Einladungen etc.)</p> <p><input type="radio"/> an Athlet:in <input type="radio"/> an gesetzl. Vertretung / Erwachsenenvertretung <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 offen gelegt werden.

**Einverständnis gilt bis auf Widerruf der gesetzlichen Vertretung oder Erwachsenenvertretung

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER ALLGEMEINE SPORTTAUGLICHKEIT (vom Arzt auszufüllen)

DATEN SPORTLER:IN:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Sozialvers. Nr.:

Art der Beeinträchtigung:

Hinweis bei Trisomie 21:

Bei Patient:innen mit Trisomie 21 ist das Vorliegen einer atlanto-axialen Instabilität auszuschließen.

Überprüfung erfolgt: JA NEIN Befund:

*Sonstige Anmerkungen (z. B. Epilepsie; Diabetes mellitus, etc.):

Erhält die allgemeine Sporttauglichkeit für das Jahr 2026.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel des Arztes / Unterschrift des Arztes