



Sportlerlizenzantrag 2027 – 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 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>

Wenn sich die persönlichen Daten vom Athlet:in bzw. der Vertretung nicht geändert haben, bitte Feld 1 ankreuzen; ansonsten Daten in Feld 2 ändern.

FELD 1	
<u>Persönliche Daten von ATHLET:IN</u> NAME des Athleten: _____ ☐ weitere Daten haben sich zum Vorjahr nicht verändert!	<u>Daten der VERTRETUNG</u> ☐ weitere Daten haben sich zum Vorjahr nicht verändert!

FELD 2	
<u>Persönliche Daten von ATHLET:IN</u> wohnt privat oder in Institution (bitte ankreuzen) ☐ privat ☐ in Institution Anrede: ☐ Herr ☐ Frau Vorname: Nachname: Geburtsdatum: Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Name der Institution: Straße: Hausnr.: PLZ: Ort: Staatsbürgerschaft: Mobil/Tel.: E-Mail: <u>Kontaktperson/Ansprechpartner (bei Institutionen)</u> Name: Mailadresse: Telefonnummer:	<u>Daten der VERTRETUNG</u> ☐ gesetzliche Vertretung ☐ Erwachsenenvertretung ☐ keine Vertretung Vorname: Nachname: Straße: Hausnr.: PLZ: Ort: Mobil/Tel.: E-Mail: <u>Rechnungsadresse (für den Versand von Mitgliedsbeiträge, Selbstbehalte, etc.)</u> ☐ an Athlet:in ☐ an Institution oder Kontaktperson ☐ an gesetzl. Vertretung / Erwachsenenvertretung <u>Infomails an – Mehrfachnennung möglich: (Infos zur Sportart, allgemeine Infos, Einladungen etc.)</u> ☐ an Athlet:in ☐ an gesetzl. Vertretung / Erwachsenenvertretung ☐ an Kontaktperson

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 2027

für den Zeitraum 01. September 2026 bis 31. Dezember 2027

Sportler:in

Name:

Geburtsdatum:

☐ Ja, **Diagnose Trisomie 21** liegt vor

Bei Sportler:innen mit Trisomie 21 ist das Vorliegen einer atlanto-axialen Instabilität zusätzlich medizinisch abzuklären. (nur bei Diagnose Trisomie 21)

☐ Es liegt **keine** atlanto-axiale Instabilität vor

☐ Es liegt **eine** atlanto-axiale Instabilität vor

☐ Es wurde keine Abklärung der atlanto-axialen Instabilität durchgeführt

Wenn eine atlanto-axiale Instabilität vorliegt oder die Prüfung nicht erfolgt, wird die Person für die Sportarten und Disziplinen ausgeschlossen, in denen man laut SOI-Regelwerk mit einer atlanto-axialen Instabilität nicht teilnehmen darf. Sportarten und Disziplinen, die nach den sportartenspezifischen Regeln von Special Olympics mit einer atlanto-axialen Instabilität nicht ausgeübt werden dürfen, sind aktuell:

- Judo
- Fußball
- Leichtathletik (Fünfkampf/ Hochsprung)
- Schwimmen (dürfen in allen Disziplinen nur aus dem Wasser starten/ Schmetterlingsstil/ Lageneinzelbewerb)
- Powerlifting (Kniebeugen)

☐ Ja, **Diagnose Epilepsie** liegt vor

Diese Information dient für sicherheitsrelevante Vorkehrungen bei Veranstaltungen

Bestätigung der Sporttauglichkeit

Die oben genannte Person kann aus ärztlicher Sicht das Sportangebot von Special Olympics Österreich in Anspruch nehmen.

☐ Die Person ist **uneingeschränkt** sporttauglich

☐ Die Person ist **eingeschränkt** sporttauglich (siehe Seite 2)

☐ Die Person ist **nicht** sporttauglich

Es wird empfohlen, die Feststellung der Sporttauglichkeit im Rahmen der jährlichen Gesundenuntersuchung vorzunehmen. Wichtig, alle relevanten Befunde sind zur Untersuchung mitzubringen.

Bemerkungen:

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Sportartenspezifische Einschränkungen

für den Zeitraum 01. September 2026 bis 31. Dezember 2027

Nur auszufüllen, wenn eingeschränkt sporttauglich.

Sportler:in

Name:

Geburtsdatum:

Bitte die Sportarten ankreuzen, die von der Person **nicht** ausgeübt werden dürfen.

- | | |
|---|--|
| ☐ Basketball | ☐ Reiten |
| ☐ Boccia | ☐ Roller Skating |
| ☐ Bowling | ☐ Schneeschuhlauf |
| ☐ Eiskunstlauf | ☐ Schwimmen* |
| ☐ Eisschnelllauf/Short Track | ☐ Segeln |
| ☐ Floorball | ☐ Ski Alpin |
| ☐ Fußball* | ☐ Ski Nordisch |
| ☐ Golf | ☐ Snowboard |
| ☐ Handball | ☐ Stocksport |
| ☐ Judo* | ☐ Tanzsport |
| ☐ Klettern | ☐ Tennis |
| ☐ Leichtathletik* | ☐ Tischtennis |
| ☐ MATP | ☐ Volleyball |
| ☐ Powerlifting* | ☐ Sonstiges |
| ☐ Radsport | |

Sportarten mit * sind bei Atlanto-Axial Diagnose nicht oder eingeschränkt möglich (siehe Seite 1).

Bemerkungen:

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt