

Anmeldung • Trainer/innen-Grundkurs (LVID 1163)
bis spätestens 27.09.2013 an die Bundessportakademie Innsbruck einsenden.

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Akadem. Grad	<input type="text"/>	geb. am	<input type="text"/>

PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Nr.	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Soz.Vers.Nr.*	<input type="text"/>
E-Mail*	<input type="text"/>		

* Diese Felder bitte unbedingt auch ausfüllen!

Sportart	<input type="text"/>	Verband	<input type="text"/>
----------	----------------------	---------	----------------------

Matura	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Lehrwartausbildung abgelegt (Jahr)	<input type="text"/>
			Zeugniskopie beilegen	
Beruf	<input type="text"/>			
letzte Ausbildung	<input type="text"/>			

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kursergebnis an den zuständigen Sportfachverband und der BSO weitergegeben wird.

Änderungen der oben angeführten Daten während des Kurses sind bitte schriftlich umgehend im Sekretariat der Bundessportakademie Innsbruck bekannt zu geben.

Die Anmeldung kann nur berücksichtigt werden, wenn auch die Sozialversicherungsnummer angegeben und die Aufnahmebedingungen erfüllt sind!

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------	----------------------

Ärztliche Bestätigung

Die Anmeldung wird erst nach Vorlage der ärztlichen Bestätigung akzeptiert!
Diese darf zu Kursbeginn nicht älter als 6 Monate sein!

Herr/Frau	<input type="text"/>	geb. am	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Nr.	<input type="text"/>

Anmerkungen	<input type="text"/>
-------------	----------------------

Hiermit wird bestätigt, dass aus medizinischer Sicht keine Kontraindikation zur Teilnahme an der staatlichen Trainer/innen-Ausbildung (LVID 1163) besteht.

Oben Genannte/r ist voll belastbar, es besteht derzeit kein Anhalt für eine akute oder chronische Erkrankung.

Datum	<input type="text"/>
-------	----------------------

(Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes)