

Verein/ Werkstatt/ Schule/ andere Einrichtung:

Mehrkampf

Anzahl der Teilnehmer davon Rollis

Ansprechpartner Name, Vorname Anzahl Betreuer
 Telefon
 E-Mail

Team Fitness Test

Anzahl der Teilnehmer Behinderung ohne Behinderung

Team-Name
Ansprechpartner Name, Vorname Anzahl Betreuer
 Telefon
 E-Mail

Powerchair Hockey

Anzahl der Teilnehmer Behinderung ohne Behinderung

Team-Name
Ansprechpartner Name, Vorname Anzahl Betreuer
 Telefon
 E-Mail

Rollstuhlbasketball

Name der Mannschaft Anzahl Spieler
Ansprechpartner Name, Vorname Betreuer
 Telefon
 E-Mail

Pokalschießen mit Lichtpunktgewehr

Name, Vorname	Behinderung Ja / Nein

Ansprechpartner

Name, Vorname
Telefon
E-Mail

Anzahl Teilnehmer

Betreuer

Tischtennis

Name, Vorname	AK	Behinderung/WK-Klasse	Doppel	Einzel	Vereinsmitglied

Anzahl der Teilnehmer

Anzahl Betreuer

Ansprechpartner

Name, Vorname
Telefon
E-Mail

Pokalschießen für Sehbehinderte

Name, Vorname	Behinderung JA / NEIN

Anzahl der Teilnehmer
Anzahl Betreuer

Ansprechpartner

Name, Vorname
Telefon
E-Mail

LM Rollstuhlfechten

Name, Vorname	AK	Wettkampfklasse	Einzel	Mannschaft

Anzahl der Teilnehmer
Anzahl Betreuer

Ansprechpartner

Name, Vorname
Telefon
E-Mail

Para Boccia - Mannschaftswettbewerb

Anzahl der Teilnehmer	<input type="text"/>	Anzahl Betreuer	<input type="text"/>
Ansprechpartner	Name, Vorname		
	Telefon		
	E-Mail		

Anlage Meldung zur Team-Meldung Boccia: Namentliche Erfassung der Spieler

Name, Vorname	AK	Behinderung/WK-Klasse	Team
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift