

**ANMELDUNG zur  
 TRAINERAUSBILDUNG für Rudern 2017**  
 an die Bundessportakademie, Abt. II, 1150 Wien, Auf der Schmelz 6  
**20.01.2017.10.2016**

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Nennung in der Reihenfolge des Einlangens berücksichtigt wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine Telefonnummer und E-Maildaten an andere Kursteilnehmer/Innen weitergegeben werden

Ja  Nein

**BITTE FÜLLEN SIE DAS FORMULAR IN BLOCKBUCHSTABEN GUT LESERLICH AUS!**

Bitte unbedingt ausfüllen. Ohne Angaben ist die Anmeldung ungültig. Gesetzliche Erhebung lt. Bildungsdokumentationsgesetz		VORNAME:.....
SOZIALVERSICHERUNGNUMMER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FAMILIENNAME:.....
GEBURTSDATUM <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> T T M M J J J J		AKADEMISCHER GRAD bzw. STANDESBEZ. „Ing.“ <small>(Als Nachweis legen Sie bitte die entsprechende Urkunde in Kopie bei)</small>
ANSCHRIFT (Straße/Gasse/Platz, Haus-Nr. Tür.Nr.) .....		PLZ   WOHNORT .....
TELEFON- bzw. HANDYNUMBER .....		GESCHLECHT <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
E-MAIL .....		STAATSBÜRGERSCHAFT .....
MATURA <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
LEHRWARTEAUSBILDUNG ABGESCHLOSSEN IM JAHR.....BSPA.....		TRAINERGRUNDKURS ABGESCHLOSSEN IM JAHR.....BSPA.....

**ÄNDERUNGEN der oben ANGEFÜHRTEN DATEN während des Kurses sind bitte schriftlich oder telefonisch umgehend im Sekretariat der Trainerausbildung - Bundessportakademie Wien (01/4277/27920) bekannt zu geben.**

DATUM: ..... UNTERSCHRIFT:.....

**ÄRZTLICHES ATTEST**

ZU- und VORNAME: .....

GEB.DATUM: .....

Aus medizinischer Sicht bestehen keine Bedenken, dass Obgenannte/r am

LEHRGANG zur Trainerausbildung für Rudern teilnimmt.

DATUM:.....

UNTERSCHRIFT und STEMPEL des Arztes