

ANMELDUNG zum
7. Instruktor/Lehrwartelehrgang für Kickboxen 2007/2008
 an die Bundessportakademie Wien, Abt. III, 1150 Wien, Auf der Schmelz 6
 FAX: 01 4277/9279
NENNUNGSSCHLUSS: MONTAG, 30. Juli 2007

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Nennung in der Reihenfolge des Einlangens berücksichtigt wird. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten auf Anfrage an die Sportorganisationen der BSO weitergegeben werden dürfen.

Abgeschlossene Übungsleiterausbildung/ÖBfK und Vereinsmitglied/ÖBfK
 Zeugnis (ÜL/LW/TA beiliegend) und 1. Meistergrad

BITTE FÜLLEN SIE DAS FORMULAR IN BLOCKBUCHSTABEN GUT LESERLICH AUS!

Bitte unbedingt ausfüllen. Ohne Angabe ist die Anmeldung ungültig. Gesetzliche Erhebung lt. Bildungsdokumentationsgesetz		VORNAME	
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER <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"/> <input type="text"/> T T M M J J J J		AKADEMISCHER GRAD bzw. STANDESBEZ. „ING.“ (Als Nachweis legen Sie bitte die entsprechende Urkunde in Kopie bei)	
ANSCHRIFT (Straße/Gasse/Platz, Haus-Nr. Tür-Nr.)		PLZ	WOHNORT
TELEFONNUMMER (zu erreichen zwischen 08,00 bis 16,00 Uhr)		GESCHLECHT <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
E-MAIL (in Blockschrift)		STAATSBÜRGERSCHAFT	
		MUTTERSPRACHE	
DACHVERBAND ASKÖ <input type="checkbox"/> ASVÖ <input type="checkbox"/> UNION <input type="checkbox"/>			

ÄNDERUNGEN der oben ANGEFÜHRTEN DATEN bzw. unten stehenden BANKVERBINDUNG während des Kurses sind bitte schriftlich oder telefonisch umgehend im Sekretariat der Lehrwarte/Instruktorenausbildung – Bundessportakademie Wien (01/4277/27930) bekannt zu geben.

BANKVERBINDUNG	
KONTONUMMER	
BANKLEITZAHL	

Die Rückzahlung der Anmeldegebühr von €150,- erfolgt nach ENDE DER AUSBILDUNG ausschließlich auf das von Ihnen angegebene KONTO!

DATUM: UNTERSCHRIFT:

Ä R Z T L I C H E S A T T E S T

ZU- und VORNAME:

GEB.DATUM:

Aus medizinischer Sicht bestehen keine Bedenken, dass Obgenannte(r) am

7. LEHRGANG zum Instruktor/Lehrwart für Kickboxen teilnimmt.

DATUM: UNTERSCHRIFT:
 STEMPEL: