



**ANMELDUNG zum TRAINERGRUNDKURS f. LeistungssportlerInnen 2009/10**  
 an die Bundessportakademie, Abt. II, 1150 Wien, Auf der Schmelz 6  
 FAX: 01 4277/9279  
**Anmeldeschluss: 15.01.2010**

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:.....	
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		FAMILIENNAME:.....	
GEBURTSDATUM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 .....
TELEFON- bzw. HANDYNUMMER .....		GESCHLECHT <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
E-MAIL .....		STAATSBÜRGERSCHAFT .....	
SPORTART .....		MATURA <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
LEHRWARTEAUSBILDUNG ABGESCHLOSSEN  IM JAHR.....BSPA.....		Ich benötige <b>kein</b> Quartier im <b>BSFZ Schielleiten</b> v. 28.05. - 30.05.10 <input type="checkbox"/> <b>BSFZ Faak</b> v. 04.07. - 10.07.10 <input type="checkbox"/> <b>BSFZ Schielleiten</b> v. 22.08. - 28.08.10 <input type="checkbox"/> <b>BSFZ Schielleiten</b> v. 17.10. - 22.10.10 <input type="checkbox"/>	

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

BANKVERBINDUNG	
KONTONUMMER	
BANKLEITZAHL	

**Die Rückzahlung der Anmeldegebühr erfolgt nach ENDE DER AUSBILDUNG ausschließlich auf das von Ihnen angegebene KONTO!**

DATUM: ..... UNTERSCHRIFT:.....  
 TGK f.Leisp.2010

**ÄRZTLICHES ATTEST**

ZU- und VORNAME: .....  
 GEB.DATUM: .....

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

LEHRGANG zum Trainergrundkurs f. LeistungssportlerInnen teilnimmt.

DATUM:.....  
 UNTERSCHRIFT und STEMPEL des Arztes