

**ANMELDUNG ZUR REITTRAINER/REITLEHRERAUSBILDUNG 2009/10 4.Semester**  
**Anmeldeschluss: 13.09.2010**

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  SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  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"/> T T M M J J J J	VORNAME:.....  FAMILIENNAME:.....  AKADEMISCHER GRAD bzw. STANDESBEZ. „Ing.“ (Als Nachweis legen Sie bitte die entsprechende Urkunde in Kopie bei)  .....				
ANSCHRIFT (Straße/Gasse/Platz, Haus-Nr. Tür.Nr.) .....	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">PLZ</td> <td style="padding: 5px;">WOHNORT</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">.....</td> <td style="padding: 5px;">.....</td> </tr> </table>	PLZ	WOHNORT	.....	.....
PLZ	WOHNORT				
.....	.....				
TELEFON- bzw. HANDYNUMMER .....	GESCHLECHT <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich				
E-MAIL .....	STAATSBÜRGERSCHAFT .....				
VEREIN.....	MATURA <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
ICH MÖCHTE DIE REITTRAINERAUSBILDUNG IN DER SPARTE: DRESSUR / SPRINGEN / VIELSEITIGKEIT ABSOLVIEREN. BITTE SPARTE UNBEDINGT KENNZEICHNEN	EIGNUNGSPRÜFUNG BESTANDEN: .....JAHR  INSTRUKTORAUSBILDUNG ABGESCHLOSSEN: ..... JAHR				

**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:.....

REITEN 2009/10

**ÄRZTLICHES ATTEST**

ZU- und VORNAME: .....

GEB.DATUM: .....

ADRESSE: .....

Hiermit wird bestätigt, dass aus medizinischer Sicht derzeit keine Bedenken zur Teilnahme an der staatlichen Trainerausbildung bestehen. Obgenannte/r ist physisch voll belastbar, es gibt keinen Anhalt für eine akute oder chronische Erkrankung.

DATUM:.....

UNTERSCHRIFT und STEMPEL des Arztes