BUNDESSPORTAKADEMIE BSPA Wien Graz Innsbruck Linz

ANMELDUNG ZUR EIGNUNGSPRÜFUNG REITTRAINER/REITLEHRERAUSBILDUNG
Anmeldeschluss: 02.April 2009

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 ☐☐☐☐ GEBURTSDATUM ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ (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. ……	PLZ …… WOHNORT ……
TELEFON- bzw. HANDYNUMMER ……	GESCHLECHT ☐ weiblich ☐ männlich
E-MAIL ……	STAATSBÜRGERSCHAFT ……
VEREIN……	MATURA ☐ Ja ☐ Nein
ICH MÖCHTE DIE REITTRAINERAUSBILDUNG IN DER SPARTE: DRESSUR / SPRINGEN / VIELSEITIGKEIT ABSOLVIEREN. BITTE SPARTE UNBEDINGT KENNZEICHNEN	ICH HABE BEREITS TEILE DER EIGNUNGSPRÜFUNG BESTANDEN: ……..JAHR INSTRUKTORAUSBILDUNG ABGESCHLOSSEN: …… JAHR

ÄNDERUNGEN der oben ANGEFÜHRTEN 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	
BANKLEITHZAHL	

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

DATUM: …… UNTERSCHRIFT:……..

REITEN EP

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