

ANMELDUNG ZUR REITTRAINER/REITLEHRERAUSBILDUNG 2010/11

Anmeldeschluss:

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%;">PLZ</td> <td>WOHNORT</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</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 REITTRAINER/AUSBILDUNG 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 2010/11

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