

**ANMELDUNG zum TRAINERGRUNDKURS 2010/11**

an die Bundessportakademie, Abt. II, 1150 Wien, Auf der Schmelz 6

FAX: 01 4277/9279

**Anmeldeschluss: 01.05.2010**

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 BSFZ Schielleiten v. 15.11.-17.11.10 <input type="checkbox"/> v. 05.12.-11.12.10 <input type="checkbox"/> v. 06.02.-12.02.11 <input type="checkbox"/> v. 20.03.-25.03.11 <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 2010/11

**ÄRZTLICHES ATTEST**

ZU- und VORNAME: .....

GEB.DATUM: .....

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

LEHRGANG zum Trainergrundkurs teilnimmt.

DATUM:.....

UNTERSCHRIFT und STEMPEL des Arztes