



ANMELDUNG zum TRAINERGRUNDKURS 2010

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

FAX: 01 4277/9279

Anmeldeschluss: 01.03.2010

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"/> 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 kein Quartier im BSFZ Schielleiten v. 16.04.-18.04.10 <input type="checkbox"/> v. 02.05.-08.05.10 <input type="checkbox"/> v. 29.08.-03.09.10 <input type="checkbox"/> im BSFZ Faak v. 27.06.- 03.07.10 <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	
BANKLEITHZAHL	

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

DATUM: UNTERSCHRIFT:.....

 TGK 2010

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