|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Leitung:Mag. Alfred WagnerFürstenweg 185A-6020 Innsbruck[www.bspa.at](http://www.bspa.at)  | **Beschreibung: innsbruck** |
| **Österr. TrainerInnenausbildung** |
| Abteilungsvorstand:Mag. Wolfgang Leitenstorfer | Sekretariat:Patricia Höpperger | Telefon+43 512 507 4540 | Fax:+43 512 507 4550 | E-Mail: patricia.hoepperger@bspa.at |
|  |
| **ANMELDUNG** **zur Ausbildung zur/zum staatlich geprüften Trainerin/Trainer** **3. Semester für Triathlon (LVID 866)** |

**Anmeldeschluss: 07. September 2012 oder das Erreichen der Höchstteilnehmerzahl!**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname: |       | Zuname: |       |
|  |
| Akadem. Grad |       | Soz. Vers. Nr. und Geb.Datum: |       |
|  |
| Staatsbürgerschaft: |       | Beruf: |       |
|  |
| Strasse: |       | Nr. |       |
|  |
| PLZ: |       | Ort: |       |
|  |
| Telefon/Handy: |       | E-Mail: |       |
|  |
| Verein: |       | Verband: |       |
|  |
| InstruktorIn für Triathlon abgelegt **(Jahr):** |       (Zeugniskopie beilegen) |
|  |
| Trainergrundkurs 1.u.2.Sem. abgelegt **(Jahr):** |       (Zeugniskopie beilegen) |
|  |
| Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kursergebnis an den zuständigen Sportfachverband und der BSO weitergegeben wird.Änderungen der oben angeführten Daten während des Kurses sind bitte schriftlich umgehend im Sekretariat der Bundessportakademie Innsbruck bekannt zu geben. |
|  |  |  |
| **Datum** |  | **Unterschrift** |

**Die Anmeldung kann nur berücksichtigt werden, wenn alle Aufnahmebedingungen (siehe Ausschreibung) erfüllt sind!**

Ärztliche Bestätigung (Bitte nur diesen Vordruck verwenden!)

**Eine Teilnahme am Kurs ist nur nach Vorlage der ärztlichen Bestätigung möglich!**

**Diese darf zu Kursbeginn nicht älter als 6 Monate sein!**

|  |
| --- |
|  |
| Herr/Frau (Titel): |       | Gebdat: |       |
|  |
| Strasse: |       | Nr. |       |
|  |
| PLZ: |       | Ort: |       |
|  |
| ANMERKUNGEN: |       |
|  |

Hiermit wird bestätigt, dass aus medizinischer Sicht keine Kontraindikation zur Teilnahme an der staatlichen Trainerausbildung Triathlon 3. Semester besteht.

Oben Genannte/r ist voll belastbar, es besteht derzeit kein Anhalt für eine akute oder chronische Erkrankung.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Datum** | **Unterschrift** |

(Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes )