|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Leitung:  Mag. Alfred Wagner  Fürstenweg 185  A-6020 Innsbruck  [www.bspa.at/innsbruck](http://www.bspa.at/innsbruck) | | | **Beschreibung: Beschreibung: innsbruck** | |
| **Österr. TrainerInnen-Ausbildung** | | | | | | | |
| Abteilungsvorstand:  Mag. Wolfgang Leitenstorfer | Sekretariat:  Patricia Höpperger | | Telefon  +43 512 507 45400 | Fax:  +43 512 507 45499 | | E-Mail:  patricia.hoepperger@bspa.at | |
|  | | | | | | | |
| **ANMELDUNG**  **Trainer/innen-Grundkurs (LVID 1363)** | | | | | | | |

**bis spätestens 3. Oktober 2014 an die Bundessportakademie Innsbruck einsenden!**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname: |  | | | | Zuname: (Akadem. Grad) | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| Soz. Vers. Nr. und Geb.Datum: | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Strasse: |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| PLZ: |  | | Ort: | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Telefon/Handy: | | |  | E-mail: | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| Verband: | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Beruf: | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Ausbildung Instruktorin/Instruktor  abgeschlossen: (Jahr) | | | (Zeugniskopie beilegen) | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Sportart** (in der das 3. Semester angestrebt wird):**\*** | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **\***Eignungsprüfung für das  3. Semester abgelegt:  (wenn dafür notwendig) | | | Jahr        wo | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 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 zuständigen Sekretariat der Bundessportakademie Innsbruck bekannt zu geben.  **Die Anmeldung kann nur berücksichtigt werden, wenn alle Aufnahmebedingungen erfüllt sind!** | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | |
| **Datum** | | |  | | | | **Unterschrift** | | |

Ärztliche Bestätigung (Bitte nur diesen Vordruck verwenden!)

**Eine Teilnahme am Trainer/innen-Grundkurs ist nur nach Vorlage der ärztlichen Bestätigung möglich! Diese darf zum Zeitpunkt des Kursbeginns nicht älter als 6 Monate sein!**

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

Hiermit wird bestätigt, dass aus medizinischer Sicht keine Kontraindikation zur Teilnahme am Trainer/innen-Grundkurs (LVID 1363) 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)