



Special Olympics Landesspiele Hamm 2019

Ummelde-Formular

Athlet Unified Partner Delegationsleiter Headcoach Coach

Name der Institution/Einrichtung: _____

Mitgliedsnummer: _____

Sportart: _____

Name des zu streichenden
Sportlers/Trainers: _____

Name des nachnominierten
Sportlers/Trainers: _____

Informationen des nachnominierten Sportlers/Trainers

Geburtsdatum/Geschlecht: _____/_____

Disziplin/Skillwert: 1) _____/_____

2) _____/_____

3) _____/_____

Ernährungshinweise und medizinische Besonderheiten

Im Notfall zu kontaktieren ist:

Name: _____

Telefonnummer: _____

Ort, Datum

Unterschrift

