

Mannschaftsmeldung

Verein _____ LTV _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Name des Vorstands/Präsidenten des Vereins _____

Mannschaft _____

Mannschaftsvertreter

Vorname _____ Name _____

E-Mail _____ Mobil _____

| | Name | Vorname | Geburtsdatum | Nationalität | LG* | DTB-ID |
|----|------|---------|--------------|--------------|-----|--------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |

Erklärung

Mannschaft _____

Hiermit melde ich die oben genannte Mannschaft für den Qualifikationswettkampf an und bestätige, die gültige Ausschreibung, die Satzung, die Ordnungen sowie deren Anlagen des Deutschen Turnliga e.V. (unter www.deutsche-turnliga.de -> Die DTL) zur Kenntnis genommen habe und anerkenne.

Darüber hinaus bestätige ich, dass die in der Mannschaftsmeldung aufgeführten Athleten

- eine medizinische Eignungsuntersuchung wahrgenommen haben. Auf Verlangen können die ärztlichen Unbedenklichkeitserklärungen vorgelegt werden.
- in der aktuellen Saison noch nicht in der Deutschen Turnliga für eine Mannschaft gestartet sind. Diese Regelung gilt nicht für die in der aktuellen Saison abgestiegenen Mannschaften aus den Bundes- und Regionalligen der DTL.
- die Anti-Doping-Richtlinien der Nationalen Doping Anti Doping Agentur (NADA), der Internationalen Anti Doping Agentur (WADA) und des Internationalen Turnverbandes (FIG) kennen und einhalten.
- die als Local Gymnast gekennzeichnet sind, die entsprechenden Nachweise laut § 23 Abs. 7 EOD im Verein vorliegen und auf Verlangen der DTL-Geschäftsstelle vorgezeigt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Mannschftsvertreter

Ort, Datum

Unterschrift Vorstand/Präsident Verein

Formular | Sportmedizinischer Eignungsnachweis

zur Teilnahme an den Wettkämpfen der Deutschen Turnliga.

Sportart _____ Verein _____

Name _____ Vorname _____

Geb.datum _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Sportmedizinische Eignungsempfehlung/ärztliche Unbedenklichkeitserklärung

Für den oben genannten Athleten

Für die oben genannte Athletin

bestehen aus ärztlicher Sicht

keine Bedenken gegen leistungssportliche Betätigungen in der oben genannten Sportart

bestehen Dispensarbedingungen:

Bedenken gegen leistungssportliche Betätigungen in der oben genannten Sportart.

Eine sportmedizinische Eignungsempfehlung kann nicht gegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift (Arzt)

Stempel der Klinik/Praxis