

## Anmeldebogen zur Bundesklassifizierung der Abteilung „Para Bogensport“

Der ausgefüllte Anmeldebogen mit allen erforderlichen Unterlagen ist spätestens mit der Meldung zur jeweiligen Deutschen Meisterschaft bei der DBS-Chefklassifiziererin Hanna Thiesmann ([hanna.th@gmx.de](mailto:hanna.th@gmx.de)) oder beim Abteilungsleiter ([schemeit@dbs-npc.de](mailto:schemeit@dbs-npc.de)) einzureichen.

Vorzulegen sind soweit vorhanden:

- Bescheid des jeweiligen Versorgungsamtes aus dem der Grad der Behinderung ersichtlich ist (Kopie). Das Original ist zur Klassifizierung mitzubringen, soweit keine beglaubigte Kopie vorgelegt wird.
- Funktioneller Untersuchungsbogen Behindertenleistungssportler des DBS
- Ärztliche Bescheinigungen
- Augenärztliche Bescheinigung des DBS bei Startklasse Sehgeschädigte/VI

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Verein	
PLZ, Wohnort		Strasse	
Nationalität		E-Mail	
Telefon/Handy		Landesverband	
DBS-Sportpass	Nr.:	Rollstuhlfahrer	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

Hiermit beantrage ich meine Klassifizierung für die Ausübung der Sportart „Para Bogensport“ im Deutschen Behindertensportverband.

Für die Klassifizierung füge ich die unten angekreuzten Anlagen bei (**bitte keine Originale vorlegen**). Ein gültiger **DBS-Startpass** liegt vor und sind bei der Deutschen Meisterschaft und der Klassifizierung mitzuführen.

Die Kosten der Klassifizierung (30€ bei einer DM oder 8€, wenn eine vorherige Landesklassifizierung erstellt wurde) sind mir bekannt.

Die Klassifizierungsgebühr\* muss an den DBS überwiesen werden.

\*Die Zahlungen sind auf das Konto des DBS zu entrichten:

Sparkasse Köln Bonn | IBAN: DE40 3705 0198 1931 4556 44 | BIC-SWIFT: COLSDE33XXX

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Sportlers,

\_\_\_\_\_  
des Erziehungsberechtigten oder des Bevollmächtigten

### Anlagen

- Kopie des Bescheides des Versorgungsamtes vom \_\_\_\_\_
- Ärztliches Attest vom \_\_\_\_\_
- funktioneller Untersuchungsbogen Behindertenleistungssportler DBS vom \_\_\_\_\_
- Augenärztliche Bescheinigung vom \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_