Bewerbung zur Sportmotorischen Sichtung
(vor dem Probetraining Leichtathletik)
(männlich / weiblich 8-15 Jahre)

Kontaktdaten des Kindes:

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ **Datum: _____**

Name: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

Straße / Haus-Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Tel.: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Schule: _____

Ich bin / war bereits beim _____(Vereinsname)
in der Sportart _____ an _____Tagen / Woche aktiv.

Leistungen -wenn vorhanden- **(z.B. Sprintzeiten, Sprungweiten /- höhen, Wurf-Weiten):**

_____

_____

_____

Mein Kind hat folgende Allergien, Krankheiten (zB ADHS, Autismus-Erkrankung, Asthma…):

_____

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:
TV Wattenscheid 01 LA e.V. – Nachwuchsabteilung – Hollandstr. 95 – 44866 Bochum
Fax: 02327 / 9 33 55 12 – E-Mail: kraus@tv-wattenscheid-01.de