

Sportverein-Weiterbildung

Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Frau / Herrn _____
geboren am _____
wohnhaft in _____

1. Betreute Sport- und Trainingsarten (z.B. Fußball, Leichtathletik, Radsport, Schwimmen usw.)

☐ Ausdauer

☐ Koordination

☐ Kraft

2. Betreute Sportler und Sportgruppen

☐ Frauen

☐ Jugendliche

☐ Kinder

☐ Männer

☐ Senioren

☐ Menschen mit Behinderungen

☐ Breiten-/Gesundheitssport

☐ Leistungssport

☐ Behinderten-/Rehabilitationssport

3. Art der sportärztlichen Betreuung

☐ Erste Hilfe bei Sportverletzungen

☐ Sportärztliche Untersuchungen

☐ Sportmedizinische Aus- und Weiterbildung von Übungsleitern und Trainern

☐ Trainingsbetreuung

☐ Wettkampfbetreuung

☐ Vorsorgeuntersuchungen

☐ Sportmedizinische Information von Sportlern

4. Zeitlicher Umfang

_____ Stunden pro Woche

_____ Stunden insgesamt

5. Zeitraum der sportärztlichen Betreuung

vom _____ (Tag, Monat, Jahr) bis _____ (Tag, Monat, Jahr)

Unterschrift des 1. Vorsitzenden _____

Vorname, Name des 1. Vorsitzenden in **BLOCKSCHRIFT** _____

Stempel des Vereins _____ BLV-Nummer _____

Ort _____ Datum _____