

# Klassifizierungsskala für Menschen mit Behinderung / Handicap zur Teilnahme an <u>nationalen</u> Wettbewerben

Nur eine vollständig ausgefüllte und unterschriebene Skala kann beurteilt werden.

	ABSCHNITT A: PEF	RSÖNLICHE ANGABEN	
Bundesland			
Sportarten			
Verein			
Name	Vorname	Nachname	
Geb. Datum			
Geb. Ort		weiblich/männlich	
(Schulklasse)	( )		
Adresse	□ privat □ Betreuung	seinrichtung (bitte ankreu	uzen)
Adiesse			
Kontaktdaten (Tel./Email)			
□ Eltern			Bitte Passbild
<ul><li>□ gesetzl. Vertreter</li><li>□ Vormund</li></ul>			aufkleben (nicht älter als 1 Jahr)
□ Sonstiges	Vorname	Nachname	and als i sain,
	Vorname	racinante	Bitte den Namen der Sportlerin/des
			Sportlers auf die
Adresse			Rückseite schreiben
Kontaktdaten			
(Tel./Email)			



## Erklärung und Erlaubnis zur Nutzung der Angaben

Die Erklärung ist durch den Sportler / die Sportlerin bzw. wenn diese nicht in der Lage sind durch deren Betreuer / Betreuerin zu unterschreiben.

### **Erklärung**

Indem ich dieses Dokument unterschreibe bestätige ich, dass

- a) alle gemachten Angaben in diesem Formular, soweit ich weiß, genau sind und der Wahrheit entsprechen
- b) die gemachten Angaben in meinem Wissen und mit meinem Einverständnis gemacht wurden.
- c) ich verstehe zu welchem Zweck die gemachten Angaben erhoben und verarbeitet werden. Enthaltene Persönliche Angaben sind von mir ausdrücklich freigegeben, zur Verarbeitung durch Beauftragte der DTU / des Landesverbandes.
- d) ich zur Kenntnis nehme, dass die gemachten Angaben und eingereichten Unterlagen, ausschließlich zur Startberechtigung an nationalen Veranstaltungen der DTU bzw. deren Landesverbänden führt.

e)	Landesverbänden führt. die Startberechtigung verfällt bei Widerruf durch eine der beiden Parteien. Dieser Widerruf schriftlich einzureichen.		
	Ort / Datum		Unterschrift

# Erklärung der Eltern / des gesetzlichen Betreuers

(nur ausfüllen, wenn die Sportlerin / der Sportler unter 18 Jahre alt ist oder nicht in der Lage ist, zu unterschreiben. (Eine Unterschrift beider Erziehungsberechtigter ist zwingend Voraussetzung. Sollte ein alleiniges Sorgerecht bestehen, ist ein amtliche Bestätigung vorzulegen.)

Indem ich diese Erklärung unterzeichne, bestätige ich, dass

- a) ich die Anspruchsvoraussetzungen, um als eine Athletin / ein Athlet mit einem Handicap an Wettkämpfen teilzunehmen verstehe und dass die gemachten Angaben in diesem Antrag richtig sind.
- b) die oben genannte Person unter 18 Jahre oder nicht in der Lage ist, zu unterschreiben.
- c) ich laut Gesetz, bevollmächtigt bin, im Namen des Athleten zu unterschreiben und damit die Erlaubnis gebe, die machten Angaben für den Zweck der Startberechtigung an nationalen Sportwettbewerben der DTU und ihrer Landesverbände verwendet werden.
- d) durch das Unterzeichnen dieses Dokumentes erkläre ich mein ausdrückliches Einverständnis zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten des Athleten durch Beauftragte der DTU bzw. deren Landesverbänden.

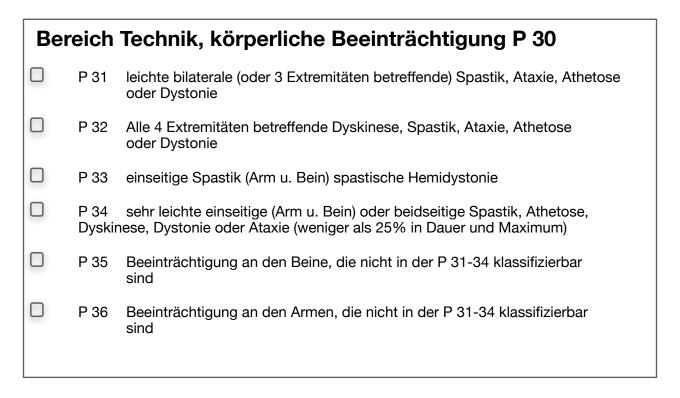
bzw. deren Landes	En Landesverbanden.		
Ort / Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigter 1 Betreuer	Unterschrift Erziehungsberechtigter 2	

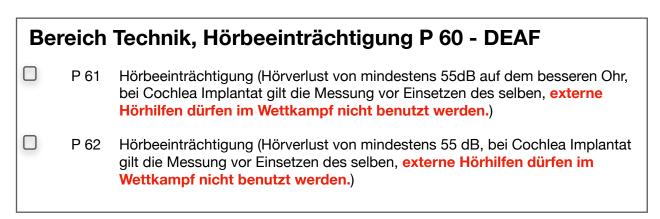


NAME Sportlerin/Sportler:						
		ABSCHNITT B: KLASSIFIZIERUNG DER SPORTLERIN/DES SPORTLERS				
Frage	Fragegruppe Wettkampfart					
Ber	Bereich Kampf:					
	K 41	Bilaterale Amputation oder Dysmelie der oberen Extremitäten, oberhalb des Ellenbogen bei einem Verhältnis von <= 0193 X Größe des Athleten im Stehen				
	K 42	Unilaterale Amputation oder Dysmelie einer oberen Extremität. Plexus Brachialis Schaden oder einseitiger Kraftverlust Grad 1				
	K 43	Bilaterale Amputation unterhalb des Ellenbogens, aber oberhalb des Handgelenkes Bilaterale Dysmelie, bei welcher die Kombinierte Länge der oberen Extremitäten <= 0,674 X der stehenden Körpergröße, aber > 0,386 X der stehenden Körpergröße beträgt.				
	K 44	Mangel am Gliedmaß Beeinträchtigung der Muskelkraft Hypertonie, Athetose und Ataxie Verlust des passiven Bewegungsumfanges Beinlängen Differenz				
Die genauen Definitionen der klassifizierbaren Handicaps sind unter Punkt 2 der Klassifizierungsordnung Zweikampf Para der DTU aufgeführt. Daher sollte diese Ordnung dem Facharzt zur Erläuterung vorgelegt werden.						
Ве	ereich	Technik, Sehbeeinträchtigung P 10				
	P 11	Sehschärfe schlechter als LogMar 2.6				
	P 12	Sehschärfe von LogMar 1.5 bis 2.6 und / oder ein Gesichtsfeld unter 6 Grad				
	P 13	Sehschärfe von LogMar 1.4 bis 1.0 und / oder ein Gesichtsfeld von 6-20 Grad				



#### **NAME Sportlerin/Sportler:**







NAME Sportlerin/Sportler:			
<b>Beizufügen:</b> Ein Attest des jeweiligen <u>Facharztes</u> ist (in Kopie) dem Antrag beizufügen. Das Attest wird nach der Klassifizierung vernichtet.			
Ein Passbild des Sportlers, ist dem Antrag beizufügen.			
Jede Änderung, bezüglich der angegeben werden.	en Behinderung muss der DTU umgehend angezeig		
Ort, Datum	Stempel Bearbeiterin/Bearbeiter:		
Unterschrift Bearbeiterin/Bearbeiter			