Sächsischer Behinderten- und

Rehabilitationssportverband e.V.

Goyastraße 2d

04105 Leipzig

**Antrag auf Lizenzverlängerung**

Übungsleiterlizenz B – „Sport in der Rehabilitation“ für Indikationsbereich (bitte ankreuzen):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Orthopädie** |  | **Sensorik** |  | **Geistige Behinderung** |
|  | **Innere Medizin** |  | **Neurologie** |  | **Psychiatrie** |

|  |
| --- |
| **Persönliche Daten** |

Nach-/Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lizenznummer(n): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ich habe die* [*Datenschutzerklärung*](http://www.behindertensport-sachsen.de/index.php?id=195) *des SBV gelesen und ich kenne meine Rechte auf Auskunft, Berichtigung oder Löschung der gespeicherten personenbezogenen Daten, sowie das Recht auf Widerruf der erteilten Einwilligung.*

*Folgenden Sachverhalten stimme ich mit meiner Unterschrift ausdrücklich zu:*

* ***Verarbeitung meiner Daten und Weitergabe an den DOSB als Voraussetzung zur Lizenzausstellung***
* ***Verarbeitung meiner Daten und Weitergabe an den LSB zur Bearbeitung der Förderanträge im Projekt Breitensportentwicklung***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ort, Datum Unterschrift Antragssteller

|  |
| --- |
| **Anlagen** (in Kopie, bitte ankreuzen) |

Fortbildungsnachweise mit mindestens 15 Lerneinheiten, davon **verpflichtend** mindestens 8 LE durch Fortbildungen beim SBV bzw. einem DBS-Mitgliedsverband

Erste-Hilfe-Nachweis für Profil „Innere Medizin“ (9 LE, nicht älter als 2 Jahre)

**Beachte:** Die Ausstellung der DOSB Lizenz erfolgt erst 3 Monate vor Ablauf der Gültigkeit und wird per E-Mail an die\*den Lizenzinhaber\*in übermittelt (siehe [AGB](https://www.behindertensport-sachsen.de/index.php?id=197)).

|  |
| --- |
| **Bestätigung eines Mitgliedvereins des SBV über die Übungsleitertätigkeit** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum SBV-Mitgl.-Nr, Stempel, Unterschrift Verein