



Westdeutscher Basketball – Verband e.V.

Jugendausschuss

Antrag auf Seniorenspielberechtigung

für die Jahrgänge 2009 (U16) bzw. 2010 (U15) in der Saison **2024/2025**

Der Verein.....(Kennziffer.....) beantragt für nachfolgend aufgeführte(n) Spieler(in) die Spielberechtigung nach § 4 DBB-JSO.

Name: Pass Nr.:

Der(Die) Spieler(in) soll in folgenden Senioren Spielklassen eingesetzt werden:

| Spielklasse Senioren | Liganame | Liganummer | Ordnungszahl |
|---------------------------------------|----------|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Regionalliga | | | |
| <input type="checkbox"/> Oberliga | | | |
| <input type="checkbox"/> Landesliga | | | |
| <input type="checkbox"/> Bezirksliga | | | |
| <input type="checkbox"/> Kreisliga | | | |

(Die Spielberechtigung erfolgt im Seniorenbereich nur für die angekreuzten Mannschaften. Soll der(die) Spieler(in) auch gemäß den Bestimmungen als Aushilfsspieler im Seniorenbereich eingesetzt werden, so sind beide Mannschaften anzukreuzen)

Hinweis:

Ein Jugendlicher kann einschließlich des Einsatzes im Seniorenbereich, der Sonderteilnahmeberechtigung und der Aushilfseinsätze höchstens vier Einsatzberechtigungen gleichzeitig erlangen.

Dem Antrag wird nur entsprochen, wenn er **vollständig ausgefüllt** ist und alle folgenden Unterlagen vorliegen:

- o Nachweis über die Einzahlungsgebühr in Höhe von **€ 15,00**
- o frankierter und adressierter Rückumschlag
- o gültiger und vollständiger Teilnehmerschein
- o sportärztliches Attest
- o Einverständniserklärung der Eltern

Ort, Datum

Unterschrift Verein / Stempel

Ort, Datum

Unterschrift Spieler/in

Einverständniserklärung der Eltern:

Wir sind damit einverstanden, dass unser(e) Sohn/Tochter in den oben genannten Spielklassen eingesetzt wird.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Sportärztliches Attest:

Der(Die) obengenannte Jugendliche kann auf Grund der heutigen Untersuchung (Es wurde der **sportärztliche Untersuchungsbogen nach Vorschriften des DBB** verwandt) in den angegebenen Spielklassen eingesetzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Arztpraxis

Das Formblatt kann auch in fotokopierter Version benutzt werden !

Bankverbindung: Volksbank Rhein-Ruhr eG BLZ 350 603 86 Konto: 32 3817 0003
IBAN: DE60 3506 0386 3238 1700 03 * BIC: GENODED1VRR