



Fragebogen zum Kriterium 3 der Teilnahmeberechtigungen an Wettbewerben von SOD

Die Einreichung des Formulars/Fragebogens ist ausschließlich eine Nachweismöglichkeit zum Kriterium 3 der Zulassungskriterien (Doppelkriterium „funktionelle Beeinträchtigung im Lernen“ und Beeinträchtigung im adaptiven Verhalten)!

Nur ein vollständig ausgefüllter und unterschriebener Fragebogen ist gültig.
Bitte fügen Sie ein Passfoto bei (nicht aufkleben!).

Abschnitt A: Persönliche Angaben

1) Persönliche Angaben der Athletin/des Athleten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Geburtsland: Deutschland

Geschlecht: männlich
Weiblich

Mitglied im Special Olympics Landesverband: _____

Mitgliedsnummer: _____

Sportverein/Einrichtung: _____

Anschrift (analog Startpass): privat Wohn-/Betreuungseinrichtung

Telefonnummer (privat): _____

Telefonnummer (mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____



2) Persönliche Angaben der Ansprechperson

Name: _____

Vorname: _____

Beziehung zur Athletin/zum Athleten:

Psychologin/Psychologe

Lehrerin/Lehrer Förderschule

Ärztin/Arzt

Mitarbeiterin/Mitarbeiter Sozialer Dienst

Gesetzliche Betreuung

Elternteil / Familienangehöriger

Sonstiges: _____

Anschrift:

Telefonnummer: _____

Telefonnummer (mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____

Erklärungen und Erlaubnis zur Nutzung der Angaben

Die Erklärungen sind durch die Athletin/den Athleten bzw. durch die gesetzliche Vertretung zu unterschreiben.

Erklärung der Athletin/des Athleten

Indem ich diese Erklärung unterzeichne bestätige ich, dass

- a) soweit ich weiß, alle gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.
- b) die gemachten Angaben richtig und mit meinem Einverständnis entstanden sind.
- c) ich verstehe, zu welchem Zweck die gemachten Angaben verwendet werden.
- d) ich zur Kenntnis nehme, dass dieser ausgefüllte Fragebogen ausschließlich für den Zweck der Startberechtigung an Wettbewerben von SOD und seiner Landesverbände verwendet werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Athletin/des Athleten oder ihr/sein Zeichen)

**Erklärung der Sorgeberechtigten/der gesetzlichen Betreuung**

(Nur auszufüllen, wenn die Athletin/der Athlet unter 18 Jahre alt ist oder eine gesetzliche Betreuung hat.)

Indem ich diese Erklärung unterzeichne bestätige ich, dass

- a) ich die Zulassungskriterien für Sportlerinnen und Sportler mit geistiger Behinderung, um an Special Olympics Wettbewerben teilzunehmen, verstehe und dass die gemachten Angaben in diesem Antrag richtig sind.
- b) die o. g. Person unter 18 Jahre oder nicht berechtigt ist, zu unterschreiben.
- c) ich laut Gesetz bevollmächtigt bin, im Namen der Athletin/des Athleten zu unterschreiben und damit die Erlaubnis gebe, die gemachten Angaben für den Zweck der Startberechtigung an Wettbewerben von SOD und seiner Landesverbände verwendet werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)



Abschnitt B: Nachweis der Zulassungskriterien der Athletin/des Athleten

Fähigkeiten und Fertigkeiten (adaptives Verhalten)

Kategorie 1: Aktivitäten des täglichen Lebens

1. Konzeptionelle Fähig- und Fertigkeiten	Unterstützungsbedarf			
Sprachliche Fähig- und Fertigkeiten in der Kommunikation mit anderen	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Fähig- und Fertigkeiten in den Bereichen Lesen, Schreiben und Rechnen	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Fähig- und Fertigkeiten für ein unabhängiges, verantwortliches und selbstgesteuertes Leben	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein

2. Soziale Fähig- und Fertigkeiten	Unterstützungsbedarf			
Fähig- und Fertigkeiten zum Zusammenleben mit anderen Menschen	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Fähig- und Fertigkeiten für Freizeit- und Erholungsaktivitäten	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Fähig- und Fertigkeiten für ein Leben im sozialen Umfeld (bspw. Gemeinde)	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein

3. Praktische Fähig- und Fertigkeiten	Unterstützungsbedarf			
Wohnen	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Gesundheit	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Umgang mit Geld	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein

Es muss **nur ein entsprechender Nachweis der nachfolgenden Kategorie 2 oder 3** erfolgen (siehe nächste Seite). Der Nachweis (Gutachten, Bescheinigung, Zeugnis) muss in Kopie beigefügt werden.



Kategorie 2: IQ-Test

IQ-Test Ergebnis

Name des Tests: _____

Untersuchungsdatum: _____

IQ-Wert: _____

ODER

**Kategorie 3: Gutachten/Bescheinigung aus Schule, WfbM, Einrichtung, Versorgungsamt,
eines Arztes etc.**

*Nachweis einer der intellektuellen Beeinträchtigung nahe verwandten
Entwicklungsbeeinträchtigung*

Art des Gutachtens/Bescheinigung: _____

Erstellungsdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift bearbeitende Person

Ggf. Stempel bearbeitende Person / Einrichtung
--