**Antrag auf Erteilung des Doppelspielrechts für LandeskaderathletInnen**

Dieser Antrag gilt nur für thüringer LandeskaderathletInnen, die neben der Spielberechtigung für ihren Erstverein ein Doppelspielrecht (DSR) für eine Mannschaft in der Kreisklasse, Bezirksliga, Verbandsliga, Thüringenliga, Regionalliga oder Dritten Liga erhalten sollen. Dieser Antrag ist vom Landestrainer vollständig ausgefüllt an den zuständigen Spielwart zu senden. Dieser Antrag gilt für eine Spielsaison. Das DSR erlischt beim Ausscheiden aus dem Kaderkreis.

1. **Angaben zum Spieler für die laufende Saison**

Name

Vorname

Geburtsdatum

KaderathletIn seit

Erstverein

Spielklasse

Jugendspielrecht bei

Altersklasse

1. **Das Doppelspielrecht wird beantragt für**

Zweitverein

Spielklasse

1. **Einverständniserklärung**

Durch unsere Unterschrift erklären wir unsere Bereitschaft, entsprechend den Festlegungen der BSO und LSO, das Doppelspielrecht als Kadersportler wahrzunehmen. Grundlage dieses Spielrechts ist die Vereinbarung zwischen Erst- und Zweitverein, welche beigefügt ist. Das Doppelspielrecht hat nur dann Gültigkeit, wenn der Kadersportler für Maßnahmen der Landesauswahl freigestellt wird.

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

Datum/ Unterschrift AthletIn Datum/ Unterschrift/ Stempel Erstverein

Name in Druckbuchstaben

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

Datum/ Unterschrift/ Stempel Zweitverein

Name in Druckbuchstaben

**Zustimmung für den Einsatz von minderjährigen AthletInnen für ein**

**Doppelspielrecht in thüringer/ überregionalen Spielklassen**

1. **Erziehungsberechtigte/r**

Gegen einen Einsatz von

Name, Vorname

in der Spielklasse (höhere)

für die Saison 20     / 20

bestehen für uns als Erziehungsberechtigte keine Bedenken. Im Wissen um die erhöhte physische und psychische Belastung erteile ich hiermit meine Genehmigung. Zudem ist es uns bewusst, dass jährlich eine ärztliche Sporttauglichkeitsuntersuchung gemacht werden muss.

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

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Name in Druckbuchstaben

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

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Name in Druckbuchstaben

1. **Arzt**

Der/ Die AthletIn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ist sporttauglich und gegen seinen/ ihren Einsatz und den damit verbundenen erhöhten körperlichen Anforderungen bestehen aus ärztlicher Sicht keine Bedenken. Weiterhin ist darauf hingewiesen worden, dass diese ärztliche Bescheinigung für Minderjährige nur für eine Wettkampfsaison Gültigkeit hat.

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

Datum/ Unterschrift/ Stempel

**Genehmigung des Doppelspielrechts**

1. **Angaben zum/ zur AthletIn**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Spielklasse im Erstverein für die lfd. Saison

1. **Spielberechtigung**

Für die Saison 20     /20      wird folgende Doppelspielberechtigung erteilt:

Erstverein

Spielklasse

Zweitverein

Spielklasse

Jugendverein

Alltersklasse

1. **Zustimmung**

Begründung

1. **Landestrainer**

weiblich

männlich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum/ Unterschrift

1. **Landesspielwart**

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

Datum/ Unterschrift

1. **Regionalspielwart**

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

Datum/ Unterschrift