

Alle Anreden mit männlicher Form gelten für die weiblichen Sportler in gleicher Wirkung.

Einverständniserklärung zur nationalen Klassifizierung

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Mitgliedsnr.: _____
tt.mm.jjjj kk-vvv-xxxx

Adressdaten: _____
Straße und Hausnummer PLZ und Wohnort

Vereinsname (Stammverein): _____

1.: Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, mich nach der Klassifizierungsordnung des DSB vom zuständigen Klassifizierungsteam klassifizieren zu lassen. Ich bestätige gleichzeitig, dass es mein Gesundheitszustand erlaubt, an der Klassifizierung teilzunehmen.

2.: Den Anweisungen der Klassifizierer werde ich Folge leisten. Ich erkenne meine Verpflichtung an, dem Klassifizierungsteam alle Dokumente, die für die Klassifizierung notwendig sind, insbesondere medizinische Dokumente, zu Beginn der Klassifizierung

vorzulegen. Geschieht dies nicht, wird die Klassifizierung als nicht durchführbar beendet. Kosten und Aufwand der nicht durchführbaren Klassifizierung gehen dann zu meinen Lasten. Mir ist bewusst, dass ich im Falle einer nicht durchgeführten Klassifizierung nicht an den Wettbewerben des DSB teilnehmen kann.

3.: Mir ist bewusst, dass eine Falschdarstellung meiner Fähigkeiten, Fertigkeiten und / oder meines Behinderungsgrades als sportlicher Betrugsversuch gewertet werden und daher zu disziplinarischen Maßnahmen führen kann.

4.: Falls ich mit dem Ergebnis der Klassifizierung nicht einverstanden sein sollte, werde ich mich an den in der Klassifizierungsordnung des DSB beschriebenen Widerspruchsweg halten.

5.: Ich bin damit einverstanden, dass der DSB meine personenbezogenen Daten für verbandsinterne Zwecke speichern, verarbeiten und meinen Namen, meine Staatsangehörigkeit, meine Sportklasse und meinen Sportklassenstatus veröffentlichen und an Dritte, wie z. B. Wettbewerbsorganisationen, weitergeben darf.

6.: Ich bin damit einverstanden, dass ausschließlich der DSB und die hierfür vom DSB autorisierten Personen meine medizinischen Daten und Unterlagen für verbandsinterne Zwecke speichern darf. Medizinischen Daten und Unterlagen werden nicht an nicht mit der Klassifizierung befasste oder beauftragte Personen oder Institutionen außerhalb des DSB weitergegeben.

7.: Zu klassifizierende Minderjährige bedürfen für diese Erklärung die ausdrückliche Zustimmung der Erziehungsberechtigten. Diese Zustimmung wird durch Unterschrift zum Ausdruck gebracht.

Ort, Datum (dd.mm.jjjj) Eigenhändige Unterschrift des Erziehungsberechtigten

8.: Die Datenerhebung und Unterlagensammlung erfolgt durch:

Name des ersten Klassifizierers Name des zweiten Klassifizierers

 Ort, Datum (dd.mm.jjjj) Eigenhändige Unterschrift des zu Klassifizierenden (Name siehe oben)