

## Anträge auf Aktivierung von Jugendlichen

Für Jugendliche, die nach § 11 Jugendordnung (JO) für den Einsatz in Seniorenmannschaften auf Verbandsebene aktiviert werden sollen, ist der Antrag auf dem neugefassten Verbandsvordruck mit den erforderlichen Unterlagen (Einverständnis der Erziehungsberechtigten, aktuelles ärztliches Attest) und unter Beachtung der sonstigen in § 11 genannten Bedingungen bis zum **1. Juni 2010** (Datum des Poststempels) an den Jugendausschuss zu senden.

Die Anträge sind an folgende Anschrift zu richten: BVRP-Jugendausschuss  
Jörg Brandstetter  
Bühlsteige 5  
67714 Waldfischbach-Burgalben  
<mailto:schueler@b-v-r-p.de>

### Hinweise:

1. Dies gilt auch für Jugendliche, die bereits im Vorjahr aktiviert waren.
2. Für Jugendliche, die im letzten Jahr der Altersklasse U 17 starten, gilt die Starterlaubnis für drei Jahre, also bis zum Verlassen des Jugendbereichs.
3. Nicht aktivierte Jugendliche der Altersklasse U 19 sind sowohl im Jugend- als auch im Seniorenbereich startberechtigt. Für den Einsatz im Seniorenbereich bedarf es deshalb keines Antrags.
4. Für Jugendliche, deren Einsatz nach Aktivierung für den Seniorenbereich in überregionalen Mannschaften vorgesehen ist, gelten weitergehende Bestimmungen.

Brandstetter  
BVRP-Jugendausschuss

# Badmintonverband Rheinhessen-Pfalz e.V.

Bankverbindung: Postbank Ludwigshafen BLZ: 545 100 67 – Kto-Nr. 156 765 673

.....  
Verein

.....  
Ansprechpartner im Verein

.....  
Ort/Datum

.....  
Telefon / Fax / Mail

## Antrag auf Aktivierung

Name:..... Vorname:.....Geb.-Dat: .....

Straße: ..... PLZ: ..... Wohnort:.....

Spielberechtigung Nr.: .....

Hiermit erklären wir, dass vom erzieherischen Standpunkt keine Bedenken gegen die sportliche Betätigung sowie den Einsatz in der Seniorenklasse des jugendlichen Badmintonspielers besteht.

.....  
Ort/ Datum

.....  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

### **Vom Arzt auszufüllen:**

Hiermit erkläre ich, dass vom ärztlichen Standpunkt keine Bedenken gegen die sportliche Betätigung des Jugendlichen bestehen.

.....  
Ort/ Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes

Bemerkungen:

.....  
.....  
.....