

**Bitte in Blockschrift schreiben**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Verein/Schule: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Landesverband: \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung:    %

Behinderungsklasse:

Ausgleichsbedingung: ja  nein

Jahr der Prüfung:

Jahr der letzten Prüfung:

1 = Verleihung / 2 = Wiederholung in  1 = Bronze / 2 = Silber / 3 = Gold / 4 = Gold mit Zahl

Bitte ankreuzen: Altersklasse, die im Kalenderjahr erreicht wird

weibliche Jugend											männliche Jugend						Nicht vom Bewerber auszufüllen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
8/9	10/11	12	13	14/15	16/17	8/9	10/11	12	13	14/15	16/17											
Frauen						Männer																
18-29	30-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	ab 80	18-29	30-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	ab 80	Zahl der bisher bekräftigten Prüfungen

Gr.	Untergr.	Art der Übung	Leistung	Bestätigung des/der Prüfer/in		Weitere Bestätigungen
1				Prüfungstag: _____ Ort: _____		Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				Prüfer-Nr.: _____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				Unterschrift: _____		Stempel/Dienstsiegel Sportverein/Schule Bundeswehrinheit
2				Prüfungstag: _____ Ort: _____		Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				Prüfer-Nr.: _____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				Unterschrift: _____		Stempel/Dienstsiegel LSB/KSB/SSB-Bbeauftragter Stützpunktleiter
3				Prüfungstag: _____ Ort: _____		Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				Prüfer-Nr.: _____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				Unterschrift: _____		Bei einer Wiederholungsprüfung (zweite und jede weitere erfolgreiche Prüfung) sind zur Bearbeitung der Prüfkarte immer die letzte Urkunde oder die letzte bestätigte Prüfkarte beizufügen.
4				Prüfungstag: _____ Ort: _____		
				Prüfer-Nr.: _____		
				Unterschrift: _____		
5				Prüfungstag: _____ Ort: _____		
				Prüfer-Nr.: _____		
				Unterschrift: _____		

Bitte beachten Sie den Datenschutzhinweis auf der Rückseite der Prüfkarte!

**Bestätigung über die Behinderung:**

Gemäß Bescheid vom: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

liegt eine Behinderung vor.  
Gegen die Abnahme des Sportzeichens bestehen keine ärztliche Bedenken, sofern keine Ausschlusskrankheiten vorliegen.

Datum \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Aufgrund des Untersuchungsbefundes werden anstelle der für die Behinderungsklasse festgelegten Bedingungen folgende Ausgleichsbedingungen festgelegt.  
**Auf die Ausführungen im Vorwort des Sammelbandes unter „Das Verfahren“ wird besonders hingewiesen:**

Für Bedingung Gruppe 1: nicht austauschbar Schwimmen

Für Bedingung Gruppe 2: \_\_\_\_\_

Für Bedingung Gruppe 3: \_\_\_\_\_

Für Bedingung Gruppe 4: \_\_\_\_\_

Für Bedingung Gruppe 5: \_\_\_\_\_ bestätigt:

Sportabzeichen-Bbeauftragter \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt d. BSG/VS/G \_\_\_\_\_

