Ein Bild, das Logo, Grafiken, Grafikdesign, Schrift enthält.

Automatisch generierte Beschreibung**Deutscher Behindertensportverband und Nationales Paralympisches Komitee (DBS) e.V. Abteilung Tischtennis**

**KLASSIFIZIERUNGS-Meldeformular**

**Meldeanschrift:** Deutscher Behindertensportverband e. V., Kamil Penkala, Tulpenweg 2-4, 50226 Frechen-Buschbell, E-Mail: penkala@dbs-npc.de

**und** (in Kopie) an den

Vorsitzenden der Abteilung Tischtennis im DBS Thomas Bröxkes, Wacholderweg 29a, 41751 Viersen, E-Mail: Thomas.Broexkes@web.de

**Anmeldung zur Klassifizierung:**

Zu den **Deutschen Meisterschaften im Para Tischtennis für Senior\*innen (Einzel/Doppel/Mixed)** am 4. und 5. Oktober 2024 in Crumstadt

meldet der Landesverband \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ folgende Spieler\*innen zur Klassifizierung an:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lfd.**  **Nr.** | **Name, Vorname** | **Geburts-datum** | **mögliche Wettkampfklassen** | | **falls bereits klassifiziert:**  **derzeitige WK** | **Bemerkungen (z.B. Ergebnis der Klassifizierung durch Landesklassifizierer\*in)** |
| **WK 6-10** | **WK AB** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |

**Die Klassifizierung findet am 4. Oktober 2024 ab 09.00 Uhr statt.**

**Die genaue Uhrzeit wird nach dem Erstellen des Klassifizierungsplans bekanntgegeben.**

**Die zur Klassifizierung angemeldeten Spieler\*innen müssen eine rechtzeitige Anreise sicherstellen.**

**Eine Klassifizierung in WK 11 muss im Vorfeld über die Landesverbände vorgenommen und im Startpass eingetragen werden, diese kann nicht bei einer Deutschen Meisterschaft über den DBS erfolgen.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name Tel. für Rückfragen E-Mail Adresse Unterschrift / Stempel Landesverband**