

FOTO

1. Stammdaten de:r Athlet:in

Vorname

Geburtsdatum

Nachname

Sportart

E-Mail Adresse

Verein

Telefon

Trainingsbeginn (Alter/Jahr)

Adresse

Schule/Klasse (bitte ankreuzen)

Staatsbürgerschaft

☐ BORG HONAUERSTRASSE 5. 6. 7. 8. 9.

☐ HAS RUDIGIERSTRASSE 1. 2. 3. 4.

Derzeitige Schule / Ausbildung

Internat

☐ ja ☐ nein

Größte sportliche Erfolge (Top 3)

Erziehungsberechtigte:r 1:

Name:

Telefon:

E-Mail:

Erziehungsberechtigte:r 2:

Name:

Telefon:

E-Mail:

2. Bewerbung & Koordination im dualen System

Mein:e Tochter / Sohn bewirbt sich hiermit um die Aufnahme in das Modell Schule und Leistungssport des Talentezentrum OÖ. Ich kenne die Aufnahmebedingungen für das oben angekreuzte Schulmodell und weiß, dass für die Aufnahme ins Talentezentrum OÖ auch die Anmeldung am jeweiligen Schulstandort notwendig ist.

Ort, Datum

Unterschrift Talent

Unterschrift Erziehungsberechtigte:r

3. Stellungnahme des Landesfachverbandes

Der oberösterreichische Landesfachverband befürwortet unter Zugrundelegung, der von ihm festgelegten sportartspezifischen Aufnahmekriterien, die Aufnahme der/des oben angeführten Athletin/Athleten in das Modell Schule und Leistungssport (Talentezentrum OÖ).

Sportart

Ort, Datum

Unterschrift TZ Head Coach

Unterschrift Verbandspräsident:in & Stempel

4. Einverständniserklärung & Datenschutz (DSGVO)

Im Rahmen des Aufnahmeverfahrens und der laufenden Betreuung absolviert das Talent sportmedizinische, sportmotorische sowie sportpsychologische Analysen. Zur Gewährleistung einer optimalen dualen Betreuung (Schnittstelle zwischen Sport und Schule) entbinde ich (Name _____, Geburtsdatum _____, Sportart _____) die für das Olympiazentrum OÖ / Talentezentrum OÖ tätigen Ärzt:innen, Therapeut:innen und Sportpsycholog:innen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem nachfolgend angeführten Betreuungsteam:

Mag. Hannes Seyer (Obmann TZ OÖ), **Mag. Valerie Teufl**, **Sandra Zauner MSc**, **Lisa Hirtenlehner, BSc MA** (Sportkoordination), **Mag. Stefan Aigner u. Team** (Sportpsychologische Betreuung), Ernährungswissenschaftler:innen und Diätolog:innen, Sportwissenschaftler:innen, Ausbildungskoordinator:innen der jeweiligen Schule sowie den/die verantwortliche:n Trainer:in im Landesfachverband (Zuständiger TZ Head Coach _____).

Ich willige ein, dass leistungssportlich relevante medizinische Daten, sportmotorische und sportpsychologische Testergebnisse zwischen diesen Personen ausgetauscht werden dürfen. Ich stimme weiter zu, dass bei der Testung Bildmaterial gesammelt wird und verzichte auf etwaige Fotorechte. Ich bestätige, dass bei meinem Kind keine Krankheiten/Beschwerden vorliegen, die die Teilnahme an der Testung beeinträchtigen können. Diese Erklärung gilt ausschließlich für den Aufnahmeprozess ins Talentezentrum OÖ und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Talent

Unterschrift Erziehungsberechtigte:r