

# Anhang

## Registrierung Teilnehmer\*innen 2. Rollstuhlhandball-Turnier Hannover vom 03.03.2023 – 05.03.2023



Mannschaft: .....

Mannschaftsfoto:

Bitte Mannschaftsfoto einfügen

### 1. Teilnehmer\*in

Name ..... Vorname .....

Geb. am ..... Geschlecht.....

Funktion ..... Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer/in  ja  nein

Maß der Mobilitätseinschränkung:  kann mit Hilfe gehen  komplett

#### Zimmer

Doppelzimmer mit.....

**2. Teilnehmer\*in**

Name ..... Vorname .....

Geb. am ..... Geschlecht.....

Funktion ..... Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer/in  ja  nein

Maß der Mobilitätseinschränkung:  kann mit Hilfe gehen  komplett

**Zimmer**

Doppelzimmer mit.....

**3. Teilnehmer\*in**

Name ..... Vorname .....

Geb. am ..... Geschlecht.....

Funktion ..... Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer/in  ja  nein

**Maß der Mobilitätseinschränkung:**  kann mit Hilfe gehen  komplett

**Zimmer**

Doppelzimmer mit.....

**4. Teilnehmer\*in**

Name ..... Vorname .....

Geb. am ..... Geschlecht.....

Funktion ..... Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer/in  ja  nein

**Maß der Mobilitätseinschränkung:**  kann mit Hilfe gehen  komplett

**Zimmer**

Doppelzimmer mit.....

**5. Teilnehmer\*in**

Name ..... Vorname .....

Geb. am ..... Geschlecht.....

Funktion ..... Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer/in  ja  nein Sitzbreite des Rollstuhls (in cm) .....

**Maß der Mobilitätseinschränkung:**  kann mit Hilfe gehen  komplett

**Zimmer**

Doppelzimmer mit.....

**6. Teilnehmer\*in**

Name ..... Vorname .....  
Geb. am ..... Geschlecht.....  
Funktion ..... Trikotnummer.....  
Rollstuhlfahrer/in  ja  nein Sitzbreite des Rollstuhls (in cm) .....

**Maß der Mobilitätseinschränkung:**  kann mit Hilfe gehen  komplett

**Zimmer**

Doppelzimmer mit.....

**7. Teilnehmer\*in**

Name ..... Vorname .....  
Geb. am ..... Geschlecht.....  
Funktion ..... Trikotnummer.....  
Rollstuhlfahrer/in  ja  nein Sitzbreite des Rollstuhls (in cm) .....

**Maß der Mobilitätseinschränkung:**  kann mit Hilfe gehen  komplett

**Zimmer**

Doppelzimmer mit.....

**8. Teilnehmer\*in**

Name ..... Vorname .....  
Geb. am ..... Geschlecht.....  
Funktion ..... Trikotnummer.....  
Rollstuhlfahrer/in  ja  nein Sitzbreite des Rollstuhls (in cm) .....

**Maß der Mobilitätseinschränkung:**  kann mit Hilfe gehen  komplett

**Zimmer**

Doppelzimmer mit.....

**9. Teilnehmer\*in**

Name ..... Vorname .....  
Geb. am ..... Geschlecht.....  
Funktion ..... Trikotnummer.....  
Rollstuhlfahrer/in  ja  nein Sitzbreite des Rollstuhls (in cm) .....

**Maß der Mobilitätseinschränkung:**  kann mit Hilfe gehen  komplett

**Zimmer**

Doppelzimmer mit.....

**10. Teilnehmer\*in**

Name ..... Vorname .....  
Geb. am ..... Geschlecht.....  
Funktion ..... Trikotnummer.....  
Rollstuhlfahrer/in  ja  nein Sitzbreite des Rollstuhls (in cm) .....

**Maß der Mobilitätseinschränkung:**  kann mit Hilfe gehen  komplett

**Zimmer**

Doppelzimmer mit.....

**Bemerkungen:**

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

**Rollstuhl-Sportgemeinschaft Hannover `94 e.V.**

Karl-Thiele-Weg 17  
30169 Hannover  
Telefon: 0511/ 30035670  
E-Mail: handball@rsghannover.de  
Email: www.rollstuhlhandball.de