



Klassifizierungsskala für Menschen mit geistiger Behinderung zur Teilnahme an nationalen Wettbewerben

Bitte lesen Sie diese Erläuterungen vor dem Ausfüllen sorgfältig durch.
Nur eine vollständig ausgefüllte und unterschriebene Skala kann beurteilt werden.

ABSCHNITT A: PERSÖNLICHE ANGABEN

Bundesland	
Sportarten	
Verein	

Name			
	Vorname	Nachname	
Geb. Datum		weiblich/männlich	
Geb. Ort (Schulklasse)	()		
Adresse	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Betreuungseinrichtung (bitte ankreuzen)		
Kontaktdaten (Tel./Email)			

<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> gesetzl. Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
	Vorname	Nachname
Adresse		
Kontaktdaten (Tel./Email)		

Bitte Passbild aufkleben (nicht älter als 1 Jahr)

Bitte den Namen der Sportlerin/des Sportlers auf die Rückseite schreiben



NAME Sportlerin/Sportler:

Erklärungen und Erlaubnis zur Nutzung der Angaben

Die Erklärungen sind durch den Sportler/die Sportlerin bzw. falls dieser/diese nicht in der Lage ist, durch den Betreuer/die Betreuerin zu unterschreiben.

Erklärung der Sportlerin/des Sportlers

Indem ich diese Erklärung unterzeichne bestätige ich, dass

- a) soweit ich weiß, alle gemachten Angaben in diesem Formular genau sind und der Wahrheit entsprechen.
- b) die gemachten Angaben richtig und mit meinem Einverständnis entstanden sind.
- c) ich verstehe, zu welchem Zweck die gemachten Angaben verwendet werden, oder dass es mir erklärt wurde.
- d) ich zur Kenntnis nehme, dass die ausgefüllte Klassifizierungsskala sowie die beigefügten Unterlagen ausschließlich für den Zweck der Startberechtigung an nationalen Sportveranstaltungen des DBS und seiner Landesverbände verwendet werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Sportlerin/des Sportlers
oder Ihr/Sein Zeichen)

Erklärung der Eltern/des gesetzlichen Betreuers

(nur ausfüllen wenn die Sportlerin/der Sportler unter 18 Jahre alt ist oder nicht in der Lage ist, zu unterschreiben)

Indem ich diese Erklärung unterzeichne bestätige ich, dass

- a) ich die Anspruchsvoraussetzungen, um als eine Athletin/ein Athlet mit einer geistigen Behinderung an Wettkämpfen teilzunehmen verstehe und dass die gemachten Angaben in diesem Antrag richtig sind.
- b) die oben genannte Person unter 18 Jahre oder nicht in der Lage ist, zu unterschreiben.
- e) ich laut Gesetz bevollmächtigt bin, im Namen des Athleten zu unterschreiben und damit die Erlaubnis gebe, die gemachten Angaben für den Zweck der Startberechtigung an nationalen Sportwettbewerben des DBS und seiner Landesverbände verwendet werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Name in Druckbuchstaben)



ANGABEN ZUR BEARBEITERIN/ZUM BEARBEITER

Name	
	Vorname Nachname
Berufsgruppe bzw. Beziehung zur Sportlerin/zum Sportler	<input type="checkbox"/> Psychologin/Psychologe <input type="checkbox"/> Lehrerin/Lehrer Förderschule <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Mitarbeiterin/Mitarbeiter Sozialer Dienst Berufsgruppe mit vergleichbarer Qualifikation bitte eintragen: _____
Adresse	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich (bitte ankreuzen)
Kontaktdaten (Tel./Email)	

ABSCHNITT B: KLASSIFIZIERUNG DER SPORTLERIN/DES SPORTLERS

FRAGEGRUPPE SCHULABSCHLUSS
(1) Welcher Schulabschluss wurde erreicht? _____ (bitte eintragen)
(2) Welche Schule/Einrichtung wird/wurde besucht? <input type="checkbox"/> Regelschule <input type="checkbox"/> Förderschule für Lernbehinderte <input type="checkbox"/> Förderschule mit dem Schwerpunkt Geistige Entwicklung <input type="checkbox"/> WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen) <input type="checkbox"/> _____ (Sonstiges, bitte eintragen)

FRAGEGRUPPE FÄHIGKEITEN & FERTIGKEITEN
Kategorie 1: Aktivitäten des täglichen Lebens
(3) Kommunikationsfähigkeit: <i>Ist fähig die eigene Meinung in Gesprächen zu vertreten</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
(4) Selbstversorgung: <i>Ist fähig zum selbstständigen Geldverkehr</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
(5) Selbstwahrnehmung: <i>Ist fähig sich zu hinterfragen</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
(6) Umweltwahrnehmung: <i>Findet sich in fremder Umgebung zurecht</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
(7) Soziale Fähigkeiten: <i>Ist fähig eigenständig zwischenmenschliche Kontakte auf- und auszubauen</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Kategorie 2: IQ-Test

(7) IQ-Test Ergebnis

Name des Tests: _____

Untersuchungsdatum: _____

IQ-Wert: _____

Kategorie 3: Gutachten/Bescheinigung aus Schule, Werkstatt für behinderte Menschen, Einrichtung, Versorgungsamt, etc.

(8) Nachweis einer geistigen Behinderung

Art des Gutachtens/Bescheinigung: _____

Erstellungsdatum: _____

Es muss nur **ein** entsprechender Nachweis der Kategorie 2 **oder** 3 erfolgen. Der Nachweis (Gutachten, Bescheinigung, Zeugnis) muss in Kopie beigelegt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Bearbeiterin/Bearbeiter

Stempel Bearbeiterin/Bearbeiter:

Bitte zur abschließenden Beurteilung im Original an die Koordinatorin/den Koordinator „Klassifizierung geistige Behinderung“ an folgende Adresse des DBS Landesverbandes schicken:

Adresse des Landesverbandes: