

Deutscher Volleyball-Verband e.V., Otto-Fleck-Schneise 8, 60528 Frankfurt am Main

Antrag auf die Verletzungs- und Schwangerschaftsregelung

Datum: _____
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Verein: _____
DVV Lizenz-Nr.: _____
Beginn der Spielpause: _____
Zeitraum der 365-Tage-Regel: _____ - _____
(365 Tage nach Beginn der Spielpause - 730 Tage nach Beginn der Spielpause)
Ranglistenpunkte zum Zeitpunkt der Spielpause: _____

Ärztliches Attest

Verletzung:

Zeitpunkt der Verletzung: _____
Art der Verletzung: _____
Die Spielerin/der Spieler kann verletzungsbedingt für den folgenden
Zeitraum an keinem Turnier teilnehmen: _____
Unterschrift/Stempel des behandelnden Arztes:

Schwangerschaft:

Die Spielerin kann schwangerschaftsbedingt für den folgenden Zeitraum
(365 Tage) an keinem Turnier teilnehmen: _____
Unterschrift/Stempel des behandelnden Arztes: