Anmeldung regionale Talentsichtung GSGL (Chur)

Bitte füllt das Formular aus und sendet es bis am Sonntag, 05.10.2025 an philipbrunner@msn.com

|  |  |
| --- | --- |
| Swiss Volley Lizenz Nummer |  |
| Nachname |  |
| Vorname |  |
| Geschlecht |  |
| Geb.-Datum |  |
| Nationalität |  |
| Korrespondenzsprache |  |
| PLZ |  |
| Ort |  |
| Strasse & Nummer |  |
| E-Mail 1 (Spieler\*in/ Eltern) |  |
| E-Mail 2 (Verein/ Trainer\*in) |  |
| Telefonnummer (Spielerin) |  |
| Name Ausbildungsverantwortlicher |  |
| E-mail Ausbildungsverantwortlicher |  |
| Swiss Volley Region |  |
| Club |  |
| Lizenzart |  |
| Volleyballalter |  |
| Beachvolleyballalter |  |
| Trainingsstunden/Woche |  |
| Position |  |
| Ausbildung (R=Regelklasse, SD=Regelklasse mit Sportdispens; SK=Sportklasse) |  |
| Schuljahr lt. EDK (inkl. 2 Kindergartenjahre) |  |
| Trägerschaft der Talentförderung |  |
| Linkshänder/ Rechtshänder |  |
| Grösse Mutter |  |
| Grösse Vater |  |