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 |   |