



Klassifizierungsskala für Menschen mit Behinderung / Handicap zur Teilnahme an nationalen Wettbewerben

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



Erklärung und Erlaubnis zur Nutzung der Angaben

Die Erklärung ist durch den Sportler / die Sportlerin bzw. wenn diese nicht in der Lage sind durch deren Betreuer / Betreuerin zu unterschreiben.

Erklärung

Indem ich dieses Dokument unterschreibe bestätige ich, dass

- alle gemachten Angaben in diesem Formular, soweit ich weiß, genau sind und der Wahrheit entsprechen
- die gemachten Angaben in meinem Wissen und mit meinem Einverständnis gemacht wurden.
- ich verstehe zu welchem Zweck die gemachten Angaben erhoben und verarbeitet werden. Enthaltene Persönliche Angaben sind von mir ausdrücklich freigegeben, zur Verarbeitung durch Beauftragte der DTU / des Landesverbandes.
- ich zur Kenntnis nehme, dass die gemachten Angaben und eingereichten Unterlagen, ausschließlich zur Startberechtigung an nationalen Veranstaltungen der DTU bzw. deren Landesverbänden führt.
- die Startberechtigung verfällt bei Widerruf durch eine der beiden Parteien. Dieser Widerruf ist schriftlich einzureichen.

Ort / Datum

Unterschrift

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. **(Eine Unterschrift beider Erziehungsberechtigter ist zwingend Voraussetzung. Sollte ein alleiniges Sorgerecht bestehen, ist ein amtliche Bestätigung vorzulegen.)**)

Indem ich diese Erklärung unterzeichne, bestätige ich, dass

- ich die Anspruchsvoraussetzungen, um als eine Athletin / ein Athlet mit einem Handicap an Wettkämpfen teilzunehmen verstehe und dass die gemachten Angaben in diesem Antrag richtig sind.
- die oben genannte Person unter 18 Jahre oder nicht in der Lage ist, zu unterschreiben.
- ich laut Gesetz, bevollmächtigt bin, im Namen des Athleten zu unterschreiben und damit die Erlaubnis gebe, die machten Angaben für den Zweck der Startberechtigung an nationalen Sportwettbewerben der DTU und ihrer Landesverbände verwendet werden.
- durch das Unterzeichnen dieses Dokumentes erkläre ich mein ausdrückliches Einverständnis zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten des Athleten durch Beauftragte der DTU bzw. deren Landesverbänden.

Ort / Datum

Unterschrift
Erziehungsberechtigter 1
Betreuer

Unterschrift
Erziehungsberechtigter 2



NAME Sportlerin/Sportler:

ABSCHNITT B: KLASSIFIZIERUNG DER SPORTLERIN/DES SPORTLERS

Fragegruppe Wettkampfsport

Technik

Kampf

Bereich Kampf:

- K 41 Bilaterale Amputation oder Dysmelie der oberen Extremitäten, oberhalb des Ellenbogens bei einem Verhältnis von $\leq 0,193 \times$ Größe des Athleten im Stehen
- K 42 Unilaterale Amputation oder Dysmelie einer oberen Extremität. Plexus Brachialis Schaden oder einseitiger Kraftverlust Grad 1
- K 43 Bilaterale Amputation unterhalb des Ellenbogens, aber oberhalb des Handgelenkes
Bilaterale Dysmelie, bei welcher die Kombinierte Länge der oberen Extremitäten $\leq 0,674 \times$ der stehenden Körpergröße, aber $> 0,386 \times$ der stehenden Körpergröße beträgt.
- K 44 Mangel am Gliedmaß
Beeinträchtigung der Muskelkraft
Hypertonie, Athetose und Ataxie
Verlust des passiven Bewegungsumfanges
Beinlängen Differenz

Die genauen Definitionen der klassifizierbaren Handicaps sind unter Punkt 2 der Klassifizierungsordnung Zweikampf Para der DTU aufgeführt. Daher sollte diese Ordnung dem Facharzt zur Erläuterung vorgelegt werden.

Bereich Technik, Sehbeeinträchtigung P 10

- P 11 Sehschärfe schlechter als LogMar 2.6
- P 12 Sehschärfe von LogMar 1.5 bis 2.6 und / oder ein Gesichtsfeld unter 6 Grad
- P 13 Sehschärfe von LogMar 1.4 bis 1.0 und / oder ein Gesichtsfeld von 6-20 Grad



NAME Sportlerin/Sportler:

Bereich Technik, körperliche Beeinträchtigung P 30

- P 31 leichte bilaterale (oder 3 Extremitäten betreffende) Spastik, Ataxie, Athetose oder Dystonie
- P 32 Alle 4 Extremitäten betreffende Dyskinese, Spastik, Ataxie, Athetose oder Dystonie
- P 33 einseitige Spastik (Arm u. Bein) spastische Hemidystonie
- P 34 sehr leichte einseitige (Arm u. Bein) oder beidseitige Spastik, Athetose, Dyskinese, Dystonie oder Ataxie (weniger als 25% in Dauer und Maximum)
- P 35 Beeinträchtigung an den Beinen, die nicht in der P 31-34 klassifizierbar sind
- P 36 Beeinträchtigung an den Armen, die nicht in der P 31-34 klassifizierbar sind

Bereich Technik, Hörbeeinträchtigung P 60 - DEAF

- P 61 Hörbeeinträchtigung (Hörverlust von mindestens 55dB auf dem besseren Ohr, bei Cochlea Implantat gilt die Messung vor Einsetzen des selben, **externe Hörhilfen dürfen im Wettkampf nicht benutzt werden.**)
- P 62 Hörbeeinträchtigung (Hörverlust von mindestens 55 dB, bei Cochlea Implantat gilt die Messung vor Einsetzen des selben, **externe Hörhilfen dürfen im Wettkampf nicht benutzt werden.**)



NAME Sportlerin/Sportler:

Beizufügen:

Ein Attest des jeweiligen **Facharztes** ist (in Kopie) dem Antrag beizufügen. Das Attest wird nach der Klassifizierung vernichtet.

Ein Passbild des Sportlers, ist dem Antrag beizufügen.

Jede Änderung, bezüglich der angegebenen Behinderung muss der DTU umgehend angezeigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Bearbeiterin/Bearbeiter

Stempel Bearbeiterin/Bearbeiter: