**Deutscher Behindertensportverband e.V. Abteilung Tischtennis**

**Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V. Fachbereich Tischtennis**

**Meldeformular Deutsche Meisterschaften Para Tischtennis**

**DRS WK 1 – 5: Einzel/Doppel/Mixed**

**DBS WK 6 – 10 - AB: Einzel/Doppel**

**DBS WK 11: Einzel/Team**

**am 29. und 30.April 2022 in Sindelfingen**

**Meldeanschrift:** Deutscher Behindertensportverband e. V., Kamil Penkala, Tulpenweg 2–4, 50226 Frechen-Buschbell, E-Mail: penkala@dbs-npc.de

**und** (in Kopie) an den Vorsitzenden der Abteilung Tischtennis im DBS Thomas Bröxkes, Wacholderweg 29a, 41751 Viersen E-Mail: [Thomas.Broexkes@web.de](mailto:Thomas.Broexkes@web.de) **und** Ernst Weinmann, Mönkingstr. 9b, 59320 Ennigerloh, E-Mail: sikora.weinmann@t-online.de

**Meldeschluss 31.03.2022**

meldet der Landesverband (WK 6-11 + AB) / Verein (WK 1 – 5) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_folgende Spieler/innen:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lfd.**  **Nr.** | **Name, Vorname** | **Geburts-datum** | **Verein** | **WK** | **Name, Vorname des Doppelpartners**  **WK 1-10+AB**  **Teampartners WK 11 (\*)** | **Name, Vorname des Mixed Partners**  **WK 1-5 (\*)** | **Teilnahme Offene Klasse WK 6–10 + AB (ja/nein)** | **Teilnahme an Abendveran-staltung (ja/nein)**  Wenn ja: Anzahl Personen **(\*\*)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) Bleibt die Doppelmeldung offen, so wird dem Spieler\*innen ein Doppelpartner\*in zugelost, es sei denn es wird vermerkt: „keine Teilnahme“.

(\*\*) Die Meldung zur Abendveranstaltung verpflichtet zur Zahlung des Kostenbeitrags (wird Ende Januar bekannt gegeben).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Tel. für Rückfragen E-Mail Adresse Unterschrift / Stempel Landesverband / Verein