

## Antrag auf die VuS-Regel

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Verein:

SHVV Beachlizenz-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 Arztes:

Partner des SHVV

Schleswig-Holsteinischer  
Volleyball-Verband e.V.  
Winterbeker Weg 49  
24114 Kiel

Tel. +49 431 - 979958210  
shvv@shvv.de  
www.shvv.de

Evangelische Bank  
IBAN: DE44 5206 0410 0006 4359 39  
BIC: GENODEF1EK1  
Vereinsregister: VR 1532 KI | Sitz: Kiel  
Steuer-Nr. 20/293/84826

volleyBALLdirekt.de

**MIKASA**

Vorstand:  
Moritz Behr  
André Thurm