



DRS Fachbereich Rollstuhlhandball
Geschäftsstelle RHD
Karl-Thiele-Weg 17
30169 Hannover
E-Mail: handball@rollstuhlsport.de
www.drs.org/handball/
www.rollstuhlhandball.de

1. deutscher Spielbetrieb (RHBL) 2024/2025

Ausschreibung: 1. Liga-Turnier RHBL 2024/2025 Celle am 5. April 2025

Veranstalter: Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V. / Fachbereich Rollstuhlhandball

Ausrichter: TuS Eicklingen von 1910 e.V. - Rollstuhlhandball

Zeitraumen: am 05.04.2025, Spielbeginn ab 11.00 Uhr

.....

Ort: Sporthalle des Schulzentrum Burgstraße, Burgstraße 21, 29221 Celle

Unterkunft: mögliche Unterkünfte können beim Ausrichter angefragt werden

Kosten 100,00 € je Mannschaft

Meldeschluss: 21.03.2025 (verbindlich)

Meldebedingungen: Eine Meldung kann nur in einer Mannschaft erfolgen.

Anmeldung bei: rollstuhlhandball@tus-eicklingen.de

Bankverbindung: TuS Eicklingen von 1910 e.V., Stichwort: Rolli-Turnier am 05.04.2025

Bank: Sparkasse Celle Gifhorn Wolfsburg; IBAN: DE24 2695 1311 0054 4641 85

Stornierung: rollstuhlhandball@tus-eicklingen.de

Regelwerk: Das Turnier wird nach der Spielordnung des 1.deutschen Ligabetriebs ausgeführt und richtet sich nach dem Regelwerk für Rollstuhlhandball des DRS. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass die Sportrollstühle dem Regelwerk für Rollstuhlhandball des DRS entsprechen und keine Gefährdung der Gesundheit anderer von ihnen ausgeht. Andernfalls kann der Ausrichter einen Einsatz des Sportrollstuhls verweigern. Es wird empfohlen, vor Anreise die Sportrollstühle zu überprüfen. Der Anhang zur Anmeldung einzelner Teilnehmer ist angefügt. Die Anmeldung ist verbindlich. Bei Stornierung ist dem Ausrichter der finanzielle Verlust zu ersetzen.

Haftung: Der Ausrichter haften für Schäden nur in den Grenzen und im Umfang des zur Verfügung stehenden Haftpflicht-Versicherungsschutzes. Die Haftung für darüber hinaus gehende Schäden wird ausdrücklich ausgeschlossen. Ebenso besteht keine Haftung für Sport- und Wegeunfälle. Ansprüche aus den Sportunfall-Versicherungsverträgen der Landessportbünde / des DBS werden von dieser Haftungsbegrenzung nicht berührt. Zur privaten Vorsorge wird der Abschluss einer privaten Haftpflicht- bzw. Unfallversicherung empfohlen. Die Spieler*innen erklären sich mit der Teilnahme an der Veranstaltung für sporttauglich.



Datenschutz: Die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Übertragung der Daten durch Veranstalter (DRS Fachbereich Rollstuhlhandball) und Ausrichter erfolgen zum Zwecke der Durchführung der Veranstaltung. Mit der Anmeldung (siehe folgendes Anmeldeformular) zu dieser Veranstaltung erklären die Teilnehmer/innen ihr Einverständnis, dass die gemachten Anmeldedaten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen für Zwecke der betreffenden Veranstaltung dem Veranstalter und Ausrichter zur Verfügung gestellt werden. Ggf. Weitergabe der Daten an die Unterkunft: Der Ausrichter ist berechtigt, die Daten der Teilnehmer an die Unterkunft im Zusammenhang mit dieser DRS-Maßnahme weiterzugeben.

Bildrechte: Mit der Anmeldung zu dieser Veranstaltung willigen die Teilnehmer in die Veröffentlichung ihrer Bildnisse ein. Die Einwilligung schließt alle Veröffentlichungen in den Medien und Präsentationen (Print-, Digital- und Onlinepublikationen sowie Social-Media-Kanäle wie Facebook, Twitter, Instagram) des Veranstalters und Ausrichters ein. Zusätzlicher Hinweis: Im Rahmen dieser öffentlichen Veranstaltung weisen wir daraufhin, dass auch externe Personen (Bsp. Presse) Aufnahmen machen können. Auf die Erstellung und Verwendung dieser Aufnahmen hat weder der Veranstalter noch der Ausrichter einen Einfluss.

Anmeldung



zum 1. Liga-Turnier
RHBL 2024/2025 Celle am 5. April 2025

.....

Hiermit melde ich die Mannschaft an:

Name der Mannschaft.....

Anzahl der Personen: weiblich (mind. 2 Personen) männlich

Verein Trikotfarbe

Straße Ort

Ansprechpartner der Mannschaft:

Name Vorname

Telefon/Mobil E-Mail

Welche Zimmer werden benötigt:

Anzahl Doppelzimmer _____

➤ Davon rollstuhlgerecht _____ Davon nicht rollstuhlgerecht _____

Anzahl Einzelzimmer (mit Aufschlag) _____

➤ Davon rollstuhlgerecht _____ Davon nicht rollstuhlgerecht _____

Verpflegung:

Normalkost _____ Personen vegetarische Kost _____ Personen

Gebühren:

Die Teilnahmegebühr von _____ € werde ich nach Erhalt der Anmeldebestätigung bis zum
auf das Konto der

IBAN

BIC

– unter folgendem Stichwort einzahlen + Mannschaftsname

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte bis zum per senden an:

.....

.....

Anhang



Registrierung

Teilnehmer*innen zum 1. Liga-Turnier RHBL 2024/2025 Celle am 5. April 2025

.....

Mannschaftsname:

Bitte ein Mannschaftsfoto mit der Anmeldung ansenden.

Die Zimmereinteilung erfolgt durch die Mannschaftenverantwortlichen vor Ort.

1. Teilnehmer*in

Name Vorname
Geb. am Geschlecht w m
Funktion Trikotnummer.....
Rollstuhlfahrer/in ___ja ___nein

2. Teilnehmer*in

Name Vorname
Geb. am Geschlecht w m
Funktion Trikotnummer.....
Rollstuhlfahrer/in ___ja ___nein

3. Teilnehmer*in

Name Vorname
Geb. am Geschlecht w m
Funktion Trikotnummer.....
Rollstuhlfahrer/in ___ja ___nein

4. Teilnehmer*in

Name Vorname
Geb. am Geschlecht w m
Funktion Trikotnummer.....
Rollstuhlfahrer/in ___ja ___nein



5. Teilnehmer*in

Name

Geb. am

Funktion

Rollstuhlfahrer/in ja nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....

6. Teilnehmer*in

Name

Geb. am

Funktion

Rollstuhlfahrer/in ja nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....

7. Teilnehmer*in

Name

Geb. am

Funktion

Rollstuhlfahrer/in ja nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....

8. Teilnehmer*in

Name

Geb. am

Funktion

Rollstuhlfahrer/in ja nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....

9. Teilnehmer*in

Name

Geb. am

Funktion

Rollstuhlfahrer/in ja nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....

10. Teilnehmer*in

Name

Geb. am

Funktion

Rollstuhlfahrer/in ja nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....



11. Teilnehmer*in

Name

Vorname

Geb. am

Geschlecht w m

Funktion

Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer/in ja nein

12. Teilnehmer*in

Name

Vorname

Geb. am

Geschlecht w m

Funktion

Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer/in ja nein

13. Teilnehmer*in

Name

Vorname

Geb. am

Geschlecht w m

Funktion

Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer/in ja nein

14. Teilnehmer*in

Name

Vorname

Geb. am

Geschlecht w m

Funktion

Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer/in ja nein

Weitere Meldungen bitte auf einem zusätzlichen Blatt angeben!

Bemerkungen:

Adresse Ausrichter:

.....
.....
.....