

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 Ligabetrieb (RHBL) 2024/2025

Mannschaftsmeldung

Hiermit melde ich die Mannschaft zum 1. deutschen Ligabetrieb (RHBL) 2024/2025 an:

Name der Mannschaft..... Verein

Trikotfarbe Zweit-Trikotfarbe

Straße Ort

Ansprechpartner der Mannschaft:

Name Vorname

Telefon/Mobil E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Mannschaft und alle gemeldeten Spieler*innen das DRS-Regelwerk für Rollstuhlhandball, die Spielordnung des 1. deutschen Ligabetriebs (RHBL) 2024/2025, die Rechts-, Sport- und Schiedsgerichtsordnung des DRS und die Anti-Doping Ordnung des Deutschen Behindertensportverbands (DBS) anerkennt und einhalten wird.

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte per Post oder Mail senden an:

DRS Fachbereich Rollstuhlhandball
RHD-Geschäftsstelle in der
Rollstuhl-Sportgemeinschaft Hannover '94 e.V.
Karl-Thiele-Weg 17
30169 Hannover
Telefon: 0511/ 300 356 70
Email: info@rollstuhlhandball.de

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



1. deutscher Ligabetrieb (RHBL) 2024/2025

Spielermeldung

Mannschaftsname:

1. Spieler*in

Name Vorname
Geb. am Geschlecht w m
Funktion Trikotnummer.....
Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein Nachweis über Grad der Behinderung ___ ja ___ nein

2. Spieler*in

Name Vorname
Geb. am Geschlecht w m
Funktion Trikotnummer.....
Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein Nachweis über Grad der Behinderung ___ ja ___ nein

3. Spieler*in

Name Vorname
Geb. am Geschlecht w m
Funktion Trikotnummer.....
Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein Nachweis über Grad der Behinderung ___ ja ___ nein

4. Spieler*in

Name Vorname
Geb. am Geschlecht w m
Funktion Trikotnummer.....
Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein Nachweis über Grad der Behinderung ___ ja ___ nein

5. Spieler*in

Name Vorname
Geb. am Geschlecht w m
Funktion Trikotnummer.....
Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein Nachweis über Grad der Behinderung ___ ja ___ nein



6. Spieler*in

Name

Geb. am

Funktion

Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....

Nachweis über Grad der Behinderung ___ ja ___ nein

7. Spieler*in

Name

Geb. am

Funktion.....

Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....

Nachweis über Grad der Behinderung ___ ja ___ nein

8. Spieler*in

Name

Geb. am

Funktion

Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....

Nachweis über Grad der Behinderung ___ ja ___ nein

9. Spieler*in

Name

Geb. am

Funktion

Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....

Nachweis über Grad der Behinderung ___ ja ___ nein

10. Spieler*in

Name

Geb. am

Funktion

Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....

Nachweis über Grad der Behinderung ___ ja ___ nein

11. Spieler*in

Name

Geb. am

Funktion

Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname

Geschlecht w m

Trikotnummer.....

Nachweis über Grad der Behinderung ___ ja ___ nein



12. Spieler*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ja nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Nachweis über Grad der Behinderung ja nein

13. Spieler*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ja nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Nachweis über Grad der Behinderung ja nein

14. Spieler*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ja nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Nachweis über Grad der Behinderung ja nein

15. Spieler*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ja nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Nachweis über Grad der Behinderung ja nein

Weitere Meldungen bitte auf einem zusätzlichen Blatt angeben!

Bemerkungen: