



einzusenden an:

Sächsischer Fußball-Verband e.V.
Abnaundorfer Str. 47
04347 Leipzig

Antrag auf Sonderspielrecht „Playing Down / Retardierter Spieler“ gem. § 42 (5a) der SpO des SFV

BITTE BEACHTEN: DER ANTRAG IST JEWEILS NUR FÜR DEN JÜNGEREN JAHRGANG (U 16 / U 14) EINER ALTERSKLASSE ZULÄSSIG!

Verein: _____ Vereinsnummer:

6	3	0	0						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

Hiermit beantragen wir gemäß § 42 (5a) der SpO des SFV für das Spieljahr
ein Sonderspielrecht aufgrund der Retardierung des Spielers:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Pass-Nr.:

						-					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

- Zurückstellung U 16- Junior (B- Junior) zu den U 15- Junioren (C- Junioren)
- Zurückstellung U 14- Junior (C- Junior) zu den U 13- Junioren (D- Junioren)

Bestätigung des Vereins:

Der Verein bestätigt die Angaben sowie die Kenntnis der Durchführungsbestimmungen.

(Ein Spieler gilt als retardiert, wenn er in seiner biologischen Entwicklung dem kalendarisch zu erwartenden Entwicklungsstand um mindestens ein Jahr verzögert ist. Die Messung erfolgt auf die Stichtage 1.7. und 1.1. Das relative Alter wird in die Berechnung des Stichtages einbezogen. Die Erteilung des Spielrechts ist befristet und bildet keine Grundlage für eine erneute Zurückstellung)

Datum

Unterschrift Verein + Vereinsstempel

Von den Erziehungsberechtigten auszufüllen:

Mir/Uns wurde versichert, dass die medizinischen Daten des Spielers beim zuständigen Landesverband zur Erteilung des Sonder-Spielrechts gespeichert werden. Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten meines/unseres Kindes erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Mir/uns ist bekannt, dass im Rahmen einer Evaluation die Daten meines/unseres Kindes anonymisiert an den DFB weitergegeben werden.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir ein Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit haben.

Ich/Wir bin/sind über den Inhalt und Zweck der Erteilung Datenerhebung und deren Weitergabe informiert worden.

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten oder des gesetzl. Vertreters



Bestätigung des Arztes/Physiotherapeuten:

Hiermit wird bestätigt, dass die Messung nach der Mirwald-Methode erfolgt ist.

Messung: Datum _____

	Messung
Gewicht	kg
Größe stehend	cm
Größe sitzend	cm

Datum

Unterschrift + Stempel Arzt/Physiotherapeut

Vom SFV auszufüllen:

ermitteltes biologisches Alter _____

Antragsberechtigt ja nein

Datum

Unterschrift + Stempel des SFV

Hinweise zum Antragsverfahren "Playing-Down" gibt es [hier](#)