

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 Wefensleben am 16.08.2025

- Veranstalter:** Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V. / Fachbereich Rollstuhlhandball
- Ausrichter:** TSV Wefensleben 1990 e.V. Inklusionsabteilung
- Zeitraumen:** am 16.08.2025 ,Begrüßung 10.30 Uhr
- Ort:** Sporthalle Eilsleben, Ummendorfer Str. 9, 39365 Eilsleben
- Unterkunft:** mögliche Unterkünfte können beim Ausrichter angefragt werden
- Kosten:** 100 € je Mannschaft
- Meldeschluss:** 31.07.2025
- Meldebedingungen:** Eine Meldung kann nur in einer Mannschaft erfolgen.
- Anmeldung bei:** moschulz79@web.de
- Bankverbindung:** TSV Wefensleben 1990 e.V. Stichwort: Rolli-Turnier am 16.08.25
Kreissparkasse Börde DE81 8105 5000 3057 0001 41
- Stornierung:** moschulz79@web.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 haftet 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

4. Liga Turnier der Rollstuhlhandball-Bundesliga RHBL 2024/2025 in Wefensleben

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

Gebühr:

Die Teilnahmegebühr von 100 € werde ich nach Erhalt der Anmeldebestätigung bis zum 31.07.2025.....

auf das Konto der Kreissparkasse Börde.....

IBAN DE 81 8105 5000 3057 0001 41.....

BIC

– unter folgendem Stichwort einzahlen: ...Rolli-Turnier 16.08.2025.....+ Mannschaftsname

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte bis zum **31.07.2025**...per E-mail **Moschulz79@web.de** senden an:

...Monique.....

.....

Anhang

Registrierung Teilnehmer*innen

zum

.....

Mannschaftsname:



1. Teilnehmer*in

Name

Vorname

Geb. am

Geschlecht w m

Funktion

Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer*in ___ja ___nein

Grad der Behinderung liegt vor: ___ja ___nein

2. Teilnehmer*in

Name

Vorname

Geb. am

Geschlecht w m

Funktion

Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer*in ___ja ___nein

Grad der Behinderung liegt vor: ___ja ___nein

3. Teilnehmer*in

Name

Vorname

Geb. am

Geschlecht w m

Funktion

Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer*in ___ja ___nein

Grad der Behinderung liegt vor: ___ja ___nein

4. Teilnehmer*in

Name

Vorname

Geb. am

Geschlecht w m

Funktion

Trikotnummer.....

Rollstuhlfahrer*in ___ja ___nein

Grad der Behinderung liegt vor: ___ja ___nein



5. Teilnehmer*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Grad der Behinderung liegt vor: ___ ja ___ nein

6. Teilnehmer*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Grad der Behinderung liegt vor: ___ ja ___ nein

7. Teilnehmer*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Grad der Behinderung liegt vor: ___ ja ___ nein

8. Teilnehmer*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Grad der Behinderung liegt vor: ___ ja ___ nein

9. Teilnehmer*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Grad der Behinderung liegt vor: ___ ja ___ nein

10. Teilnehmer*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ___ ja ___ nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Grad der Behinderung liegt vor: ___ ja ___ nein



11. Teilnehmer*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer/in ja nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Grad der Behinderung liegt vor: ja nein

12. Teilnehmer*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ja nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Grad der Behinderung liegt vor: ja nein

13. Teilnehmer*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ja nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Grad der Behinderung liegt vor: ja nein

14. Teilnehmer*in

Name
Geb. am
Funktion
Rollstuhlfahrer*in ja nein

Vorname
Geschlecht w m
Trikotnummer.....
Grad der Behinderung liegt vor: ja nein

Weitere Meldungen bitte auf einem zusätzlichen Blatt angeben!

Bemerkungen:

Adresse Ausrichter:

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