



Hobby Horse Turnier

Begründung Nachteilsausgleich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse _____

E-Mail-Adresse _____

Ggf. Grad der Behinderung: _____ Merkzei
n: _____

Oben genannter Hobby Horser benötigt in einem der folgenden Bereiche/in mehreren der folgenden Bereiche einen Nachteilsausgleich (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sozio-emotional | <input type="checkbox"/> Rumpf/Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> kognitiv | <input type="checkbox"/> obere Extremität |
| <input type="checkbox"/> motorisch | <input type="checkbox"/> untere Extremität |
| | <input type="checkbox"/> Kopf |
| <input type="checkbox"/> Hören / Sehen | |

Bitte kurz mit eigenen Worten beschreiben, wo die Einschränkungen des Reiters liegen:

Ein Nachweis über die Notwendigkeit liegt als Kopie bei/wird zur Einsicht mitgebracht.

- Schwerbehindertenausweis ärztliches Attest Hilfe-/Förderplan

Ort / Datum

Unterschrift