ANTRAG AUF ABSTUFUNG

DSAB Ligaverwaltung Dart-Bayern-Liga
Nadine Marx
Siedlungsstr. 4
83527 Kirchdorf
Fax: 08072/374165

An DSAB Bundessportwart Datum:_____

Hiermit beantragen wir die Abstufung des Spielers:

_____
Nachname Vorname DSAB-Nummer

_____
PLZ Wohnort Geburtsdatum

Zuletzt gemeldete Mannschaft: _____

Status:_____Saison:_____ Aufgestiegen ☐ Abgestiegen ☐ Kein Auf-Abgestiegen ☐

_____

Neue Mannschaft: _____ für die Saison:_____

Das Team war Zuletzt gemeldet:

Status:_____Saison:_____ Aufgestieg ☐ Abgestieg ☐ Kein Auf-Abgestieg ☐

Neuer DSAB-LIGA-Name:_____Keine Änderung ☐

☐ Der Spieler hat in der zuletzt gemeldeten Saison an _____ Spiel/en teilgenommen.

Unterschrift Spieler/in_____

_____

Wir befürworten die Abstufung: ☐ JA ☐ NEIN

Ligaleitung
Stempel, Unterschrift: _____

_____

_____
Datum, Stempel, Unterschrift Bundessportwart