

## Anmeldebogen

zur Teilnahme am Spielbetrieb des Fachbereiches Rollstuhl-Rugby im DRS – Saison 14/15

**Verein: VfL Grasdorf**

**Mannschaftsname: Neckbreakers**

**Ansprechpartner: T. Stieb**

Adresse: Gabelsbergerstr. 16  
29221 Celle

Telefon: \_\_\_\_\_  
Email: T.Stieb@t-online.de

**LIGA: Regionalliga Nord Ost**

**Spieler:**

	Name	Vorname	Punkte	Stamm- spieler	DRS-Sportlizenz Ja oder Nein – NR:
1.	Riebe	Jörg	0.5		
2.	Guba	Andreas	2.0		
3.	Ludwig	Stefan	0.5		
4.	Von Laffert	Anette	1.5		
5.	Tüchter	Marvin	2.0		
6.	Engel	Marc	1.5		

**Feldschiedsrichter:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vereinsvorsitzenden  
und Vereinsstempel