einzusenden an:
Sächsischer Fußball-Verband e.V.
Abtnaundorfer Str. 47
04347 Leipzig

Antrag auf Sonderspielrecht gem. § 42 (5b) der SpO des SFV

BITTE BEACHTEN: Dem Antrag ist zwingend ein aktuelles und ausführliches ärztliches Attest mit aussagekräftiger Diagnose (nur gültig für die laufende Saison) oder eine Kopie des Schwerbehindertenausweises beizulegen!

Verein: _____ Vereinsnummer: 6 3 0 0 _ _ _

Hiermit beantragen wir gemäß § 42 (5b) der SpO des SFV für das Spieljahr 2026/2027 ein Sonderspielrecht für:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _ _ . _ _ . _ _ _ _ Pass-Nr.: _ _ _ _ - _ _ _ _

☐ **Zurückstellung in die nächsttiefere Altersklasse**

Bestätigung des Vereins:

Datum _____ Unterschrift Verein + Vereinsstempel _____

Von den Erziehungsberechtigten auszufüllen:

Ich/Wir willige/willigen ein, dass der Sächsische Fußball-Verband e.V. und der antragstellende Verein die für die Bearbeitung des Antrags auf Sonderspielrecht erforderlichen personenbezogenen Daten sowie die eingereichten medizinischen Nachweise verarbeiten dürfen.

Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Prüfung und Entscheidung über den Antrag. Eine Weitergabe erfolgt nur an die hierfür zuständigen Stellen innerhalb des SFV.

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

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass mein(e)/unser(e) Sohn/Tochter in der nächsttieferen Altersklasse spielen soll.

Datum _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigen oder des gesetzl. Vertreters _____

Bestätigung Arzt/Ärztin:

Bei der oben genannten Person liegt die Notwendigkeit eines Nachteilsausgleichs (Rückversetzung) vor.

Datum _____ Unterschrift + Stempel Arzt/Ärztin _____

Hinweise zum Antragsverfahren "Handicap" gibt es hier

Stand: 06/2026