|  |  |
| --- | --- |
| **Club:** | Wählen Sie ein Element aus. |

Wir bestätigen hiermit, dass

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname / Name: |  |  |
| Adresse |  |  |
| Wohnort |  |  |
| E-Mail |  |  |

für unseren Verein als behindertenbeauftragte Person figuriert und sich um den barrierefreien Zugang zum Stadion inkl. Einrichtungen und Dienste sorgt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name / Vorname  Clubvertreter |  |  |
| Datum / Visum |  |  |
|  |  |  |