



Alster Dojo

Ausschreibung zum Norddeutschen Kyuturnier

- Veranstalter:** Alster Dojo e.V.
- Zeit:** Samstag, 17. Februar 2024
Shinai und Passkontrolle: 12:00 Uhr
Wettkampfbeginn: 13:00 Uhr
Sonntag, 18. Februar 2024
Keiko 10:00 Uhr
- Ort:** Alster Dojo e.V., Veilchenweg 34, 22529 Hamburg
- Leitung:** Sportwart Alster Dojo
- Modus:** Für Rüstungsträger ab vollendetem 16. Lebensjahr
bis 1.Kyu in den Kategorien: Frauen, Männer
Vorrundenkämpfe im Poolsystem
Keine Karbon-Shinai erlaubt
Keine Jodan- oder Nito-Kämpfer
Über Sieg und Niederlage entscheidet:
1. Anzahl der Siege
2. Anzahl der unentschiedenen Kämpfe
3. Anzahl der erzielten Treffer
4. bei Gleichstand Ippon-Shobu Daihyōsen
- Meldung:** Online vereinsweise mit Angabe von Name, Alter, Verein, Graduierung
an kendosportwart@alster-dojo.de
- Minderjährige Teilnehmer müssen die beigefügte Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten vorlegen.
- Meldeschluss:** 13. Februar 2024

- Meldegeld:** 10,- €, zahlbar bar vor Ort
- Kampfrichter:** Durch die Teilnehmer des Kampfrichterlehrgangs (in Planung), beziehungsweise anwesende lizenzierte Kampfrichter
- Hygienekonzept:** Face-Shield im Men
- Übernachtung:** Dojoübernachtung möglich, bitte angeben
- Abendessen:** Am Samstag gemeinsamer Restaurantbesuch (auf eigene Kosten). Teilnahmewunsch bis zum 13. Februar 2024 **verbindlich** angeben
- Fotos:** Mit der Anmeldung stimmt ihr zu, dass auf der Veranstaltung Fotos aufgenommen und veröffentlicht werden können.
- Anmerkung:** Achtet bitte auf eine gesonderte Ausschreibung für einen Kampfrichterlehrgang beim Norddeutschen Kyuturnier

Einverständniserklärung

**der/des Erziehungsberechtigten, im Alster-Dojo e.V. am 17. Februar 2023,
am Norddeutschen Kyuturnier im Kendo teilzunehmen**

Name des Kindes: _____ Geb.Datum: _____

Mein/ unser Kind darf am o.g. Kendo-Wettkampf und damit verbundenen Aktivitäten teilnehmen. Es darf fotografiert werden und diese Fotos können zur Veröffentlichung in der Tagespresse sowie auf der Homepage verwendet werden.

Mein/ unser Kind leidet an einer Allergie:

nein

ja

Sollte Ihr Kind deshalb Medikamente einnehmen oder gewisse Lebensmittel nicht essen dürfen, so tragen Sie dies bitte hier ein:

Sonstige Erkrankungen oder wichtige Informationen zu meinem / unserem Kind:

Anschrift und Telefonnummer der Erziehungsberechtigten

Name _____

Adresse _____

E-Mail _____

Telefonnummer _____

Ich/Wir habe/n die Informationen zur Kenntnis genommen und die Einverständniserklärung richtig und vollständig ausgefüllt.

Datum / Unterschrift der Erziehungsberechtigten
