

Deutscher Volleyball-Verband e.V., Otto-Fleck-Schneise 8, 60528 Frankfurt am Main

## Antrag auf die VuS-Regel

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Verein: \_\_\_\_\_

DVV Lizenz-Nr.: \_\_\_\_\_

Beginn der Spielpause: \_\_\_\_\_

Zeitraum der 365-Tage-Regel: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(365 Tage nach Beginn der Spielpause - 730 Tage nach Beginn der Spielpause)

Ranglistenpunkte zum Zeitpunkt der Spielpause: \_\_\_\_\_

---

## Ärztliches Attest

### Verletzung:

Zeitpunkt der Verletzung: \_\_\_\_\_

Art der Verletzung: \_\_\_\_\_

Die Spielerin/der Spieler kann verletzungsbedingt für den folgenden  
Zeitraum an keinem Turnier teilnehmen: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel des behandelnden Arztes:

### Schwangerschaft:

Die Spielerin kann schwangerschaftsbedingt für den folgenden Zeitraum  
(365 Tage) an keinem Turnier teilnehmen: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel des Arztes:

**SEITE 1**