



An den
Verband Deutscher Amateur-Rennreiter e. V.
Rennbahnstr. 154
50737 Köln

Bankverbindung:
Sparkasse KölnBonn
IBAN DE43 3705 0198 1930 7327 46
BIC COLSDE33XXX

Deutscher Galopp e.V.
Konto-Nr. 240 0098

Antrag auf Ausstellung einer Amateur-Rennreiterlizenz 2024

Vor- und Zuname: _____
Anschrift: _____ Beruf: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Geb. am _____ in _____ E-Mail: _____

Bitte beantragen Sie bei Deutscher Galopp (DG) für mich eine Amateur-Rennreiterlizenz.

- 1) In meiner bisherigen Amateurreiterlaufbahn habe ich gewonnen:
 - a) In Deutschland in Rennen Klasse A: _____ Flachrennen, _____ Hindernisrennen.
 - b) Im Ausland: _____ Flachrennen, _____ Hindernisrennen.
- 2) Demnach habe ich eine Gewichtserlaubnis gemäß RO:
 - a) In Amateur-Flachrennen _____ kg, in Amateur-Hindernisrennen _____ kg.
 - b) In Jockey-Flachrennen _____ kg, in Jockey-Hindernisrennen _____ kg.
- 3) Mein niedrigstes Gewicht im Sattel beträgt: _____ kg.
- 4) Meine letzte Lizenz erhielt ich im Jahr 20 _____ im dem ich folgende Rennen ausgeführt habe:
 - a) _____ Flachrennen und _____ Hindernisrennen.
- 5) Meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von **80 €** habe ich am _____ überwiesen.
Meine Lizenzgebühr in Höhe von **115,56 €** habe ich am _____ überwiesen.
Bitte buchen sie den Betrag in Höhe von _____ € von meine Konto bei DG _____ ab.
- 6) Meine Unfallversicherung ist abgeschlossen bei _____ Vers.Nr. _____
- 7) Dem Antrag sind beigefügt:
 - Gesundheitsbuch zur Verlängerung
 - Bescheinigung über die Allgemein-medizinische Untersuchung inkl. Gesundheitsdaten und Bestätigung Alkoholkontrolle
 - Digitales Passbild bei Neuausstellung (Erstlizenz) der Legitimationskarte

Ich erkläre hiermit, dass ich die Bestimmungen der Rennordnung mit ihren Anlagen sowie Einzelmaßnahmen und Entscheidungen von Deutscher Galopp sowie seiner Organe anerkenne.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)



JÄHRLICHE ALLGEMEIN-MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG FÜR

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Sehfähigkeit: _____ Hörfähigkeit: _____

Ergebnis der ärztlichen Untersuchung:

Der/ Die Untersuchte ist fähig Rennen zu reiten:

Der/ Die Untersuchte ist nicht fähig Rennen zu reiten:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

ERKLÄRUNG

"Ich bin damit einverstanden, dass ich mich auf Anordnung der Rennleitung einem Alkoholtest durch den Rennbahnarzt unterziehe. Wenn ich das Ergebnis des Atemtests in Frage stellen möchte, kann ich auf meine Kosten ein e Blutuntersuchung beantragen.

Mir ist bekannt, dass hierdurch die Berechtigung der Rennleitung, einen Reiterwechsel gem. Ziffer 441 RO anzuordnen, nicht in Frage gestellt wird."

Ort/ Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen die Unterschrift des Erziehungsberechtigten)