



# Alster Dojo

## Ausschreibung zum Norddeutschen Kyuturnier

- Veranstalter:** Alster Dojo e.V.
- Zeit:** Samstag, 25. Februar 2023  
Shinai und Passkontrolle: 12:00 Uhr  
Wettkampfbeginn: 13:00 Uhr  
Sonntag, 26. Februar 2023  
auf Wunsch der Teilnehmer gemeinsames Training
- Ort:** Alster Dojo e.V., Veilchenweg 34, 22529 Hamburg
- Leitung:** Sportwart Alster Dojo
- Modus:** Für Rüstungsträger bis 1.Kyu in den Kategorien: Jugend, Frauen, Männer  
Vorrundenkämpfe im Poolsystem  
Über Sieg und Niederlage entscheidet:  
1. Anzahl der Siege  
2. Anzahl der unentschiedenen Kämpfe  
3. Anzahl der erzielten Treffer  
4. bei Gleichstand Ippon-shobu Daihyôsen
- Meldung:** Online vereinsweise mit Angabe von Name, Alter, Verein, Graduierung  
an [kendosportwart@alster-dojo.de](mailto:kendosportwart@alster-dojo.de)
- Minderjährige Teilnehmer müssen die beigefügte Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten vorlegen.
- Meldeschuß:** 22. Februar 2023
- Meldegeld:** 10,- €, zahlbar bar vor Ort

- Kampfrichter:** Durch die Teilnehmer des Kampfrichterlehrgangs und anwesende lizenzierte Kampfrichter
- Hygienekonzept:** Es darf nur mit Face-Shield an den Kämpfen teilgenommen werden.
- Übernachtung:** Dojoübernachtung auf Anfrage für 5,00 €
- Abendessen:** Am Samstag gemeinsamer Restaurantbesuch geplant (auf eigene Kosten). Teilnahmewunsch bei Anmeldung mit angeben
- Fotos:** Mit der Anmeldung stimmt ihr zu, dass auf der Veranstaltung Fotos aufgenommen und veröffentlicht werden können.
- Anmerkung:** Bitte beachtet die gesonderte Ausschreibung für den Kampfrichterlehrgang beim Norddeutschen Kyuturnier

# Einverständniserklärung

**der/des Erziehungsberechtigten, im Alster-Dojo e.V. am 25. 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

---