

Eintrittsformular für Sportclub-Mitglieder

Sportclub:

Diese Informationen ermöglichen dem Sportclub/den Sportleitenden eine auf die Sportler:innen angepasste Gestaltung der Sportlektionen. Korrekte und vollständige Angaben sind Voraussetzung für eine adäquate Betreuung und Förderung.

Wir empfehlen, die Angaben durch den Hausarzt ausfüllen und/oder bestätigen zu lassen.

Der Entscheid über die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung liegt beim/bei der Sportler:in bzw. bei der gesetzlichen Vertretung. Für die Folgen ungenügender Angaben übernimmt der Sportclub keine Verantwortung. **Änderungen zu folgenden Informationen, die Auswirkungen auf den Sportunterricht haben könnten, sind dem Sportclub bzw. den Sportleiter:innen unverzüglich mitzuteilen.**

Mit der Unterschrift akzeptiert der/die Sportler:in bzw. der/die gesetzliche Vertreter:in, dass das Formular an die Sportleiter:innen des Sportclubs weitergegeben wird. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Sportler:in

Name: Vorname:

Persönliche Angaben

Geschlecht: männlich weiblich

(Institution oder Betreuungsperson):

Strasse: PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum: E-Mail:

Telefon: Mobile:

Telefon Geschäft: Telefon Heim:

Unfallversicherung:

Behinderung (es können mehrere Behinderungen angegeben werden)

mit Behinderung ohne Behinderung

Autismus: leicht mittel schwer

Geistige Behinderung: leicht mittel schwer Trisomie 21

Lernbehinderung andere:

Hörbehinderung: gehörlos Hörrest % Hörgerät

➔ mögliche Verständigungsform:

Körperbehinderung: CP Hemiplegie Diplegie Spastiker:in
 im Rollstuhl Lähmung Tetraplegie Paraplegie
 im E-Rollstuhl Polio Spina Bifida MS
 Degenerative Gelenkserkrankung
 Anomalien, wo? Amputation, wo?

Psychische Behinderung: welche?

Sehbehinderung: blind Sehrest %
 → Art der Sehbehinderung:

Sprachbehinderung: welche?

Suchtbehinderung: welche?

Krankheiten

Medikamente

Allergien welche? ja nein
 Asthma leicht schwer ja nein
 Diabetes Mellitus Insulin: ja nein ja nein
 wie oft?
 Glukose: ja nein
 wie oft?

Epilepsie ja nein

Auslösende Faktoren/Häufigkeit/Dauer:

Herzfehler/-krankheit ja nein

welche?

Orthopädische Probleme ja nein

welche?

Körperteil:

Anomalien, wo?

Degenerative Gelenkserkrankungen:

Wahrnehmungsstörungen: ja nein

welche?

Andere Krankheiten ja nein

welche?

Notfallkontakt

Untenstehende Person kann durch die Hauptleitung im Notfall während der Trainingszeit telefonisch kontaktiert werden:

Name: Vorname:

Telefon: Mobile:

Bemerkungen:

Sportliches Training

- Tauchen möglich Kopfsprung möglich Stop and go Bewegungen möglich
 Rollen möglich Sprünge möglich (z.B. Trampolin) Drehbewegungen/Schaukelbewegungen möglich

Empfohlene Sportarten bzw. sportliche Tätigkeiten:

Sportarten/Tätigkeiten, die unbedingt vermieden werden müssen:

Notwendige Vorsichtsmassnahmen:

Notfallmedikamente:

Abgabe durch Leiter:in autorisiert: ja nein

Verhalten im Notfall:

.....
.....
.....

Der/die Hausarzt/-ärztin empfiehlt dem/der Sportler:in periodische ärztliche Untersuchungen:

ja nein

Wenn ja, in welchem Intervall:

Weitere Hinweise und Bemerkungen Arzt/Ärztin:

Name und Tel-Nr. Hausarztes/-ärztin für Rückfragen:

Ich bin damit einverstanden, dass der Sportclub Foto- und Videoaufnahmen von mir für offizielle Zwecke (z.B. Website, Clubzeitschrift) verwenden darf.

Ort/Datum: Unterschrift/Stempel Arzt/Ärztin:

Ort/Datum: Unterschrift Sportler:in:
(bzw. gesetzliche/r Vertreter:in)