



Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,

Ihr Sohn / Ihre Tochter nimmt am Schwimmunterricht des SC Korb teil. Bitte teilen Sie uns auf dem unteren Abschnitt mit, ob wir aus gesundheitlichen Gründen Besonderes zu beachten haben.

Schwimmer/in: Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Geb.datum: _____ Telefon _____

Notfallhandy. _____ E-mail _____

Mitglied im SC Korb ja, in Abteilung _____ nein

- Bitte Zutreffendes ankreuzen -

1. Leidet Ihr Kind unter...	unbekannt	nein	ja	Anmerkungen
▪ Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Erkrankungen der Atmungsorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Erkrankungen des Bewegungsapparates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Erkrankungen der Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Infektanfälligkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Hat Ihr Kind Probleme im Hals-Nasen-Ohren-Bereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Liegt bei Ihrem Kind eine Behinderung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche? _____				
5. Hat Ihr Kind eine chronische Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche? _____				
6. Hat Ihr Arzt hinsichtlich der sportlichen Betätigung Auflagen gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche? _____				
7. Sonstiges ? _____				
<input type="checkbox"/> Es bestehen keine gesundheitlichen Bedenken für eine Teilnahme am Schwimmunterricht.				
<input type="checkbox"/> Mein / Unser Kind kann am Schwimmunterricht teilnehmen, hat aber oben gekennzeichnete, gesundheitliche Beeinträchtigung(en).				

Die Aufsichtspflicht des Übungsleiters/der Übungsleiterin beginnt zur vereinbarten Trainingszeit am Beckenrand und endet mit dem Ende der Trainingsstunde am Beckenrand.

Bitte geben Sie dieses Schreiben ausgefüllt und unterschrieben an den/die Übungsleiter/in zurück. Informieren Sie uns, wenn sich am Gesundheitszustand ihres Kindes etwas ändert.

Datum _____

Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigter _____