

- Gesundheitsbogen -

1. Karate Dojo Hameln e. V.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum _____

1.)

Unser(e) Sohn / Tochter hat **keine** gesundheitlichen Beeinträchtigungen und kann uneingeschränkt am Karatetraining teilzunehmen:

Ja (____) / Nein, unser Kind hat folgende gesundheitlichen Einschränkungen

2.)

Unser(e) Sohn / Tochter ist in der geistigen und körperlichen Lage und auch erzieherisch vorbereitet, einem Training von mehr als einer Stunde zu folgen und Anweisungen der Übungsleiter (Trainer) während des Trainings Folge zu leisten:

Ja (____) / Nein (____), unser Kind sollte von den Übungsleitern (Trainer) beobachtet werden um eine Eignung zum Karatesport einzuholen; anschl. erfolgt eine Rücksprache mit den Eltern (Erziehungsberechtigten)

Wir / Ich habe(n) den Gesundheitsbogen gelesen und sorgfältig und wahrheitsgemäß ausgefüllt. Eventuelle Fragen wurden mir durch den Übungsleiter (Trainer) erklärt. Ich / Wir gebe(n) bei Veränderungen dem Übungsleiter umgehend Bescheid.

Alle Daten auf dem Bogen werden vertraulich behandelt und beim Vorstand unter Verschluss gehalten! Nur die jeweiligen Übungsleiter (Trainer) haben davon Kenntnis und können Einsicht verlangen. Wir erklären uns mit der Weitergabe dieser Daten an verantwortliche Personen innerhalb des 1. Karate Dojo Hameln ausdrücklich einverstanden.

Unterschriften der Erziehungsberechtigten: _____

Erklärung
für Veranstaltungen, Ausflüge & Wochenendfahrten die nicht im
Dojo (Sporthalle) stattfinden !

1)

Unser(e) Sohn / Tochter kann schwimmen (min. der Besitz des Jugendfrei-
schwimmerscheins)

Ja (____) / Nein (____), unser Kind braucht besondere Aufsicht!

2)

Wir sind damit einverstanden, dass unser(e) Sohn / Tochter sich zu abgespro-
chenen Zwecken in einer Gruppe von mindestens drei Kindern/Jugendlichen
auch ohne ständige Aufsicht eines Übungsleiters (Trainers) auch außerhalb des
Hauses oder der Sporthalle bewegt und aufhält.

Ja (____) / Nein (____), unser Kind braucht besondere Aufsicht!

3)

Unser(e) Sohn / Tochter ist angewiesen auf die regelmäßige Einnahme folgender
Medikamente:

Unser(e) Sohn / Tochter ist akut gefährdet bei Einnahme folgender Nahrungs-
mittel:

Im Notfall ist ein Erziehungsberechtigter unter folgender Telefonnummer
zu erreichen:

Name: _____ **Telefon (Handy!):** _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____