

Eintrittsformular für Sportclub-Mitglieder

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

Wir empfehlen, die folgenden 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.

Personalien:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Wohnort:

Adress – Zusatz (z.B. Institution, Wohnhaus):

Geburtsdatum: *E-Mail (persönlich):

Tel. P: Mobile:

Unfallversicherung:

AHV-/Sozialversicherungs-Nr.:

Institution / Betreuungsperson Name / Vorname:

Tel. Institution / Betreuungsperson:

*E-Mail Institution / Betreuungsperson:

***Wir passen uns der digitalen Welt an. Aus diesem Grund werden wir in Zukunft alle Informationen vom PluSport Oberemmental nur noch per E-Mail versenden.**

Behinderungsarten:

mit Behinderung ohne Behinderung

Geistige Behinderung: leicht mittel schwer Trisomie 21

Lernbehinderung andere:

Körperbehinderung: CP (schlafte Lähmung) CP (spastische Lähmung)

Hemiplegie Diplegie Tetraplegie

Paraplegie im Rollstuhl im E-Rollstuhl

- Polio
- Spina Bifida
- Multiple Sklerose
- degenerative Gelenkserkrankungen: wo?.....
- Anomalien: wo?.....
- Amputationen: wo?.....
- Psychische Behinderung:** welche?
- Autismus:**
 - leicht
 - mittel
 - schwer
 - Syndrom:
- Wahrnehmungsstörungen:** welche?
- Sehbehinderung:**
 - blind
 - Sehrest%
 - Art der Sehbehinderung:
- Hörbehinderung:**
 - gehörlos
 - Hörrest% Hörgerät
 - mögliche Verständigungsform:
- Sprachbehinderung:** welche?
- Suchtbehinderung:** welche?

Betreuung und Hilfestellung / Besondere Verhalten:

- Hilfsmittel: welche?
- Hilfestellungen in Garderobe / Toilette:
- weitere Informationen zu Hilfestellungen:
-

Krankheiten / Medikamente:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allergien: welche? <input type="checkbox"/> Asthma: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus: <input type="checkbox"/> Epilepsie: Auslösende Faktoren/ Häufigkeit/ Dauer: <input type="checkbox"/> Herzfehler/-krankheit: welche? <input type="checkbox"/> Orthopädische Probleme? welche? Körperteil: <input type="checkbox"/> Andere Krankheiten: welche? | <p>Medikamente: welche?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein |
|---|---|

PluSport Oberemmental

3550 Langnau i.E.

www.plusport-oberemmental.ch

Medikamenteneinnahme: unter Aufsicht selbstständig

regelmässige Einnahme: wann / wie oft?.....

nur bei Bedarf: welche / wann?.....

Notfallmedikamente:

Abgabe durch Leiter autorisiert: ja nein

Verhalten im Notfall:

Sportliches Training:

Notwendige Vorsichtsmassnahmen:

Sportarten / Bewegungen, die ausgeführt werden können / dürfen:

Tauchen Kopfsprung Stopp-and-go-Bewegungen

Rollen Sprünge (z.B. Trampolin) Drehbewegungen

Welche Sportarten / Bewegungen sollten **UNBEDINGT VERMIEDEN** werden?

Notfallkontakt:

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

Name/Vorname:

Tel. P: Mobile:

Ärztliche Kontrolle:

Der Hausarzt empfiehlt dem/der SportlerIn periodische ärztliche Untersuchungen: ja nein

Wenn ja, in welchem Intervall:

Weitere Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Name und Tel-Nr. des Hausarztes für Rückfragen:

Ort/Datum: Unterschrift/Stempel Arzt:

PluSport Oberemmental

3550 Langnau i.E.

www.plusport-oberemmental.ch

Publikation Fotos – Einwilligungserklärung:

- JA: Ich bin damit einverstanden**, dass ich bei den Aufnahmen (Foto, Film, Ton) erkennbar bin und von mir für offizielle Zwecke (Webseite, Berichte, Karten etc.) verwendet werden dürfen.
- NEIN: Bei einem Nein oder bei keinem Kreuz, bist Du auch nicht auf Gruppenfotos. Du wirst aus der Gruppe für Bildaufnahmen ausgeschlossen.**

Mitgliederbeitrag:

Jahresbeitrag Aktivmitglied: 140.- CHF

Jahresbeitrag Passivmitglied: 50.- CHF

Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich die Statuten sowie die Beschlüsse der Hauptversammlung des PluSport Oberemmentals akzeptiere. Weiter verpflichte ich mich, den Verbindlichkeiten dem Verein gegenüber (Mitgliederbeitrag) innert der gesetzlichen Frist nachzukommen.

Austritt

Ein Austritt ist schriftlich, spätestens 10 Tage vor der Hauptversammlung, dem Verein schriftlich einzureichen. Ansonsten bleibt der Mitgliederbeitrag geschuldet. Ein vorzeitiger Austritt berechtigt zu keiner Rückerstattung.

Ort/Datum:

Unterschrift Sportler:in:

.....

.....

Ort/Datum:

Unterschrift Betreuungsperson oder gesetzliche/r
Vertreter:in:

.....

.....

Mit der Unterschrift akzeptiert der/die Sportle:in bzw., der/die gesetzliche Vertreter:in, dass das Formular von Sportleiter:innen des Sportclubs eingesehen werden darf. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Original: bleibt beim PluSport Oberemmental

Bitte dieses Formular senden an:

Technische Leitung, Sandra Zimmermann, Finkhubelweg 6, 3400 Burgdorf
oder per E-Mail an: sandra.zimmermann@plusport-oberemmental.ch