

Eintrittsformular für Sportclubs-Mitglieder

(Bitte in Blockschrift ausfüllen und an den Sportclub retournieren)



Behindertensport Schweiz
Sport Handicap Suisse
Sport Andicap Svizzera

Chriesbaumstrasse 6
8604 Volketswil
T 044 908 45 00
F 044 908 45 01
sportclubs@plusport.ch
plusport.ch

Sportclub:

Persönliche Angaben

Geschlecht: männlich weiblich

Name: Vorname:

und/
(Institution oder Betreuungsperson):

Strasse: PLZ: Wohnort:

Geburtsdatum: Unfallversicherung:

N Tel. P: M Mobile: N (Tel. Heim):

N Tel. G: E-Mail:

Sozialversicherungs-Nr.:

N = als Notfall-Nr. kennzeichnen (auch mehrere möglich)

Behinderungsart (es können mehrere Behinderungen angegeben werden)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> geistig- / lernbehindert | <input type="checkbox"/> psychischbehindert |
| <input type="checkbox"/> hörbehindert | <input type="checkbox"/> sehbehindert |
| <input type="checkbox"/> körperbehindert | <input type="checkbox"/> sprachbehindert |
| <input type="checkbox"/> krankheitsbehindert | <input type="checkbox"/> suchtbehindert |

Bei Mehrfachbehinderung, bitte **Hauptbehinderung** angeben:

Ja, PlusSport darf von mir Fotos im Internet und/oder in Zeitungsberichten veröffentlichen.

Ort/Datum: Unterschrift SportlerIn:

(bzw. gesetzliche/r VertreterIn)

Eintrittsdatum: Unterschrift Sportclub:

Original: bleibt beim Sportclub
1. Kopie: für den/die SportlerIn
2. Kopie: für PlusSport Behindertensport Schweiz

Zusatzformular für Sportclubs



Behindertensport Schweiz
Sport Handicap Suisse
Sport Andicap Svizzera

Diese Informationen ermöglichen dem Sportclub eine auf die SportlerInnen 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 SportlerIn 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 SportleiterInnen unverzüglich mitzuteilen.

Mit der Unterschrift akzeptiert der/die SportlerIn bzw. der/die gesetzliche VertreterIn, dass das Formular an die SportleiterInnen des Sportclubs weitergegeben wird. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Sportclub:

SportlerIn:
(Name/Vorname)

Behinderung

mit Behinderung ohne Behinderung

Autismus: leicht mittel schwer Syndrom:

Geistige Behinderung: leicht mittel schwer Trisomie 21
 Lernbehinderung andere:

Hörbehinderung: gehörlos Hörrest Hörgerät
→ mögliche Verständigungsform:

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

Psychische Behinderung: welche?

Sehbehinderung: blind Sehrest %
→ Art der Sehbehinderung:

Sprachbehinderung: welche?

Suchtbehinderung: welche?

Krankheiten

- Allergien welche?
- Asthma leicht schwer
- Diabetes Mellitus Insulin: ja nein wie oft?
- Epilepsie Auslösende Faktoren/Häufigkeit/Dauer:
-
- Herzfehler/-krankheit welche?
- Orthopädische Probleme welche?
- Körperteil:
- Anomalien, wo?
- Degenerative Gelenkserkrankungen:
- Wahrnehmungsstörungen: welche?
- Andere Krankheiten welche?

Medikamente

- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein

Darf der Sportler/die Sportlerin Alkohol konsumieren?
wenn ja, wieviel?

Sportliches Training

- Tauchen möglich Kopfsprung möglich Stopp 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:

Verhalten im Notfall:

1. Notfall-Nr.:
2. Notfall-Nr.:

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:

Ort/Datum: Unterschrift SportlerIn:

(bzw. gesetzliche/r VertreterIn)