

Medizinischer Auskunftsbogen Seilgarten "just try it"

Name:.....

Training am:..... Alter:.....

Geben Sie bitte mögliche Unzulänglichkeiten oder verminderte Leistungszustände an, die Ihre Teilnahme oder die Teilnahme ihres Kindes einschränken (einschl. frühere Verletzungen oder Allergien):

.....
.....

Nehmen Sie bzw. Ihr Kind zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? Nennen Sie bitte den Grund der Einnahme und den letzten Einnahmezeitpunkt!

Ja Nein

.....
.....

Leiden Sie bzw. Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten/Unpässlichkeiten: Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Kurzatmigkeit, Schwindelanfälle, Brustschmerzen, Allergien, Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, operative Eingriffe in der letzten Zeit, Epilepsie, Rücken- od. Gelenkprobleme, Verrenkungen?

Ja Nein Wenn ja, welche?

.....
.....

Im Notfall möchte ich, dass folgende Person benachrichtigt wird:

Name/Verwandtschaftsgrad:

Fon (privat/geschäftlich):

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Anweisungen der TrainerInnen Folge leiste. Es ist meine Entscheidung, die einzelnen Übungen unter Beachtung meiner momentanen physischen & psychischen Verfassung zu machen.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich meine Tochter/meinen Sohn darauf hingewiesen habe, dass den Anweisungen der TrainerInnen im Interesse ihrer/seiner Sicherheit unbedingt Folge zu leisten ist und dass es darüber hinaus die Entscheidung Ihres Kindes ist, insbesondere die Übungen in der Höhe ausschließlich unter Beachtung seiner momentanen physischen und psychischen Verfassung zu machen. Ich bestätigte, dass alle weiteren sorgeberechtigten Personen in Kenntnis gesetzt wurden.

Ort/Datum:

Unterschrift: