

Aktivenbogen SG Fürth



SG FÜRTH
SpVgg Greuther Fürth & TV Fürth 1860

| | | | |
|-----------------|----|----|--|
| Name: | | | |
| Vorname: | | | |
| Gruppe/Trainer: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Nationalität: | 1: | 2: | |
| Straße: | | | |
| PLZ und Ort: | | | |
| Telefon: | | | |
| Handy (Eltern): | | | |
| E-Mail | | | |

Mitglied beim Hauptverein: ☐ TV Fürth 1860 e.V. ☐ SpVgg Greuther Fürth e.V.

Mitgliedsnummer Hauptverein:

Benötigt der/die Aktive regelmäßig Medikamente?

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |
| | | |

Vereinsinterne Daten

| | |
|--------------------------------|--|
| DSV Lizenznummer : | |
| Andere Wettkampflizenznummern: | |

Erklärung zur Aufsichtspflicht und Gesundheitsuntersuchung

Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Aufsichtspflicht des/der Übungsleiter/in nur auf den Zeitraum des Trainings erstreckt. Sollte sich mein Kind bereits vor dem Training im Bad aufhalten, geschieht dies auf meine eigene Verantwortung. Unmittelbar nach dem Training hat mein Kind das Bad sofort zu verlassen.

Ergibt sich nach der ärztlichen Eingangsuntersuchung meines Kindes eine Änderung seines Gesundheitszustandes, werde ich den/die Übungsleiter/in umgehend durch die Vorlage eines ärztlichen Attests darüber informieren. Ich nehme auch zur Kenntnis, dass mein Kind einmal jährlich ärztlich untersucht werden muss, um am Trainings- und Wettkampfbetrieb der SG Fürth teilnehmen zu dürfen. Der Nachweis über die Untersuchung erfolgt durch Vorlage eines ärztlichen Attests bzw. einer Eintragung auf der Rückseite dieses Aktivenbogens.

| |
|--|
| |
|--|

Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen Unterschrift beider Eltern)

Name Vorname:



SG FÜRTH
SpVgg Greuther Fürth & TV Fürth 1860

1. Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

- ☐ Die oben genannte Person ist uneingeschränkt für den Schwimmsport geeignet.
- ☐ Die oben genannte Person ist mit folgenden Einschränkungen (z.B. wegen: Trommelfellschaden, Rückenbeschwerden, Gleichgewichtsprobleme, Asthma, Herzfehler, Grad der Behinderung etc.) für den Schwimmsport geeignet:
- _____
- ☐ Die oben genannte Person darf nicht an einem Schwimmtraining teilnehmen.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

2. Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

- ☐ Die oben genannte Person ist uneingeschränkt für den Schwimmsport geeignet.
- ☐ Die oben genannte Person ist mit folgenden Einschränkungen (z.B. wegen: Trommelfellschaden, Rückenbeschwerden, Gleichgewichtsprobleme, Asthma, Herzfehler, Grad der Behinderung etc.) für den Schwimmsport geeignet:
- _____
- ☐ Die oben genannte Person darf nicht an einem Schwimmtraining teilnehmen.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

3. Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

- ☐ Die oben genannte Person ist uneingeschränkt für den Schwimmsport geeignet.
- ☐ Die oben genannte Person ist mit folgenden Einschränkungen (z.B. wegen: Trommelfellschaden, Rückenbeschwerden, Gleichgewichtsprobleme, Asthma, Herzfehler, Grad der Behinderung etc.) für den Schwimmsport geeignet:
- _____
- ☐ Die oben genannte Person darf nicht an einem Schwimmtraining teilnehmen.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes