

Anmeldeformular

WinterCamp vom 16.02. bis zum 20.02.2009

Vorname	Name
Anschrift (Straße + Nr.)	
Stadt	PLZ

Telefon tagsüber	Telefon mobile
Telefon abends	deine E-Mail
Eltern E-Mail	Beachte! Wenn du eine 1 schreibst dann sie so 1, solltest du eine 0 schreiben, dann bitte so Ø. Eure E-Mail muss funktionieren, damit wir mit euch kommunizieren können!

Geburtsdatum	deutscher Staatsbürger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Gebühren	
KISS-Mitglieder im sport live e.V. - € 85,00 + € 75,00 für Geschwisterkinder; € 95,00 € für alle Nichtmitglieder	
Bezahlung	
als Überweisung auf u.g. Konto:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
als Lastschrift:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bankverbindung:	Kontoinhaber:
Kontonummer:	Bankleitzahl:
	Unterschrift Kontoinhaber:

Anmeldung Checkliste	
<input type="checkbox"/>	komplette Anmeldung , einschließlich Erreichbarkeit tagsüber, Art der Bezahlung und Unterschrift schriftlich an: sport live e.V. Knieperdamm 42 18435 Stralsund
<input type="checkbox"/>	Überweisung an: sport live e.V., Bankverbindung: Sparkasse Vorpommern BLZ: 150 505 00, Kontonummer: 700 000 437, Name und Schwimmcamp 2008
<input type="checkbox"/>	alternative Fax Anmeldung unter 03831 444 870
* Ihr erhaltet die Bestätigung nur als E-Mail!	
* Bitte E-Mail oder Anruf, wenn ihr Fragen habt. Wir akzeptieren keine unvollständigen Anmeldungen!	
* E-Mail: info@sportlive-ev.de	

Formular der Krankengeschichte und med. Bescheinigung

Dieses **muss** komplett - lesbar - und in allen Bereichen ausgefüllt und von beiden, dem Teilnehmer und den Eltern, Erziehungsberechtigten unterschrieben werden. Durch unterschreiben dieses Formulars, bestätigen der Teilnehmer und die Eltern/Erziehungsberechtigten, dieses gelesen zu haben.

Vorname	Name
Geburtsdatum	Alter
Geschlecht	

Eltern oder Erziehungsberechtigte	Im Notfall, Kontakt
Name	Name
Anschrift	Telefon privat
Stadt	Telefon dienstlich
PLZ	Krankenversicherung
Telefon privat	Versicherungsnummer
Telefon dienstlich	Haftpflichtversicherung
Telefon mobile	Versicherungsnummer
Hausarzt	Unfallversicherung
Telefon Hausarzt	Versicherungsnummer
Unterschrift Teilnehmer	Datum

Der Teilnehmer, _____, hat meine Erlaubnis an den Schwimm- und Sportcamps 2006 teilzunehmen. Die Informationen und allgemeinen Bedingungen haben wir erhalten, gemeinsam mit unserem Kind zur Kenntnis genommen und erkennen diese an. Wir haben unser Kind darauf aufmerksam gemacht, dass es den Anweisungen der Betreuer/ Trainer Folge zu leisten hat. Uns ist bekannt, dass unvollständig ausgefüllte Anmeldeunterlagen zu einem Ausschluß führen.

Wir versichern, dass unser Kind bei den angegeben Gesellschaften voll kranken-, unfall- und haftpflichtversichert ist. Wir versichern weiterhin, dass unser Kind die physische Fitness besitzt, an den beschriebenen Aktivitäten teilzunehmen.

Für die Dauer der Massnahme übernimmt der Betreuer/ Trainer Aufgaben der Personensorge für unser Kind. Dabei ist uns bewusst, dass die Betreuung nur in einem Umfang wahrgenommen werden kann, der zumutbar ist. Wir gestatten, dass der Teilnehmer bei kleinen Verletzungen von den Betreuern/ Trainern versorgt wird (Sonnenbrand, Schürf- und Schnittwunden, Insektenstiche, etc.).

Uns ist bekannt, dass die Leitung den Ausschluß unseres Kindes veranlassen kann. Dies gilt besonders bei folgenden Dingen: unerlaubtes Entfernen von der Gruppe, Diebstahl, Alkohol-, Nikotin- und Drogengebrauch, Verstöße gegen Disziplin und Ordnung. Die daraus entstehenden Kosten gehen zu unseren Lasten.

Der Sportverein sport live e.V. haftet generell nicht für Sachschäden und Diebstahl. Der Sportverein übernimmt weiterhin keinerlei Haftung für Schäden irgendwelcher Art, die nicht durch Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit entstanden sind. Wir machen alle Teilnehmer darauf aufmerksam, für ausreichenden persönlichen Versicherungsschutz zu sorgen.

Unterschrift Eltern/ Erziehungsberechtigter	Datum
---	-------

Wir sind damit einverstanden, dass erforderlichenfalls vom Arzt, Zahnarzt für dringend erachtete Schutzimpfungen, sowie sonstige ärztliche Maßnahmen, einschließlich erforderlicher Operationen veranlasst werden, wenn unser Einverständnis aufgrund besonderer Umstände nicht mehr rechtzeitig eingeholt werden kann. Eventuelle für uns entstehende Kosten gehen zu unseren Lasten.

Unterschrift Eltern/ Erziehungsberechtigter	Datum
---	-------

Vorname _____

Name _____

Impfstatus bitte Monat und Jahr angeben

Tetanus _____

Polio _____

Masern, Mumps, Röteln _____

Diphtherie _____

Hepatitis B _____

Keuchhusten _____

Krankengeschichte

	ja	nein	Datum	Bitte führen sie aus! (in welchen Fällen kann es sich verschlimmern)
Allergien	_____	_____	_____	_____
Asthma	_____	_____	_____	_____
Geburtsfehler	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Epilepsie	_____	_____	_____	_____
Herzprobleme	_____	_____	_____	_____
Sprunggelenksverletzungen	_____	_____	_____	_____
Knieverletzungen	_____	_____	_____	_____
Rückenverletzungen	_____	_____	_____	_____
Kopf- Halsverletzungen	_____	_____	_____	_____
Schulterverletzungen	_____	_____	_____	_____
Ellenbogenverletzungen	_____	_____	_____	_____
Handgelenksverletzungen	_____	_____	_____	_____
Fingerverletzungen	_____	_____	_____	_____
andere Verletzungen	_____	_____	_____	_____

Größe (in cm) _____

Gewicht (in kg) _____

Gibt es einen psycho-sozialen oder physischen Grund, weshalb der Teilnehmer gegenwärtig professionelle Hilfe in Anspruch nimmt?

ja nein

Nimmt der Teilnehmer gegenwärtig Medikamente?

ja nein

Wenn es so ist, bitte notieren sie den Namen des Medikaments, Dosis und Frequenz.

Schreiben sie alle bekannten Allergien auf.

Bitte beschreiben sie alle medizinischen Gründe, über die wir unterrichtet sein müssen.

Bitte notieren sie alle Verletzungen, die der Teilnehmer in der vergangenen 2 Monaten hatte.

Spezielle Instruktionen zum Befolgen im Notfall:

Formular der Schwimmfähigkeiten des Teilnehmers

Dieses **muss** komplett - lesbar - und in allen Bereichen ausgefüllt und von beiden, dem Teilnehmer und den Eltern, Erziehungsberechtigten unterschrieben werden. Durch unterschreiben dieses Formulars, bestätigen der Teilnehmer und die Eltern/Erziehungsberechtigten, dieses gelesen zu haben.

Vorname _____	Name _____
Geburtsdatum _____	Alter _____
Geschlecht _____	

Schwimmfähigkeit zutreffendes bitte ankreuzen

Nichtschwimmer ja nein

Schwimmer ja nein

Hiermit erlauben wir unserem Kind das Schwimmen. ja nein

Schwimmabzeichen zutreffendes ankreuzen

Frosch

Seepferdchen

Seehund Trixi

Jugendschwimmpaß

Bronze

Silber

Gold

andere Schwimmabzeichen _____

Unterschrift Teilnehmer _____

Datum _____

Unterschrift Eltern/ Erziehungsberechtigter _____

Datum _____