

Eintrittsformular für Sportclub-Mitglieder

➔ Bitte in **Blockschrift** ausfüllen und an unsere Adresse weiterleiten.

PluSport · Behindertensport · 6210 Sursee

Persönliche Angaben

Geschlecht: männlich weiblich

Name: _____ Vorname: _____

Institution oder Name der Betreuungsperson: _____

Strasse + Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Unfallversicherung: _____

Tel. P: _____ Mobile: _____ Tel. Institution: _____

E-Mail: _____

Sozialversicherungs-Nr.:

--	--	--

 .

--	--	--	--	--

 .

--	--	--	--	--

 .

--	--

Gewünschte **Sportgruppe** ➔

--

 ← **Bitte unbedingt angeben!**

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: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift der Sport treibenden Person: _____
(bzw. gesetzliche Vertretung)

Eintrittsdatum: _____ Unterschrift Sportclub: _____

Original: Bleibt bei PluSport · Behindertensport · 6210 Sursee
Kopie: ist für die Sport treibende Person bestimmt

Zusatzformular für Sportclubs

zu Eintrittsformular für Sportclub-Mitglieder

Die nachfolgenden Informationen ermöglichen dem Sportclub eine auf die Sport treibende Person angepasste Gestaltung der Sportlektionen. Korrekte und vollständige Angaben sind Voraussetzung für eine sichere Betreuung und Förderung.

Die nachfolgenden Angaben sind durch die Hausärztin oder den Hausarzt auszufüllen und zu bestätigen.

Der Entscheid über die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung liegt bei der Sport treibenden Person bzw. bei der gesetzlichen Vertretung. Für die Folgen ungenügender Angaben übernimmt der Sportclub keine Verantwortung. Änderungen zu den nachfolgenden Informationen, die Auswirkungen auf den Sportunterricht haben könnten, sind dem Sportclub bzw. den verantwortlichen Sportleitenden unverzüglich mitzuteilen.

Mit der Unterschrift akzeptiert die Sport treibende Person, bzw. die gesetzliche Vertretung, dass das vorliegende Formular an die Sportleitende des Sportclubs weitergegeben wird. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Sportclub: PluSport - Behindertensport - 6210 Sursee

Sport treibende Person: _____

(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

Spastiker

im Rollstuhl

Lähmung

Tetraplegie

Paraplegie

im E-Rollstuhl

Polio

Spina Bifida

MS

Degenerative Gelenkserkrankung Anomalien, wo? _____

Amputation, wo? _____

Psychische Behinderung:

welche? _____

Sehbehinderung:

blind

Sehrest: _____ %

→ Art der Sehbehinderung: _____

Sprachbehinderung:

welche? _____

Suchtbehinderung:

welche? _____

Bemerkungen: _____

Krankheiten

Medikamente

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

Sportliches Training

- Tauchen möglich Rollen möglich Stopp and go - Bewegungen möglich
- Kopfsprung 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: _____

Die Hausärztin oder der Hausarzt empfiehlt eine periodische ärztliche Untersuchung: ja nein

Wenn ja, in welchem Intervall: _____

Weitere Hinweise und Bemerkungen der Ärztin oder des Arztes: _____

Name und Tel.-Nr. der Ärztin oder des Arztes für Rückfragen: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift Sport treibende Person: _____
(bzw. gesetzliche Vertretung)