

# 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: \_\_\_\_\_

← Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. **Bitte mit einem ✓ bestätigen.**  
Datenschutzerklärung auch einsehbar auf [www.plusport-sursee.ch](http://www.plusport-sursee.ch)

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)