

# Zusatzformular für Sportler

> Bitte mit Eintrittsformular an technische Leitung senden

Diese Informationen ermöglichen dem Sportclub eine auf die SportlerInnen angepasste Gestaltung der Sportlektionen. Korrekte und vollständige Angaben sind Voraussetzung für eine sichere Betreuung und Förderung.

**Wir empfehlen, die folgenden Angaben durch den Hausarzt ausfüllen und/oder bestätigen zu lassen.**

Der Entscheid über die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung liegt beim/bei der SportlerIn bzw. bei der gesetzlichen Vertretung. Für die Folgen ungenügender Angaben übernimmt der Sportclub keine Verantwortung. Änderungen zu folgenden Informationen, die Auswirkungen auf den Sportunterricht haben könnten, sind dem Sportclub bzw. den SportleiterInnen unverzüglich mitzuteilen.

Mit der Unterschrift akzeptiert der/die SportlerIn bzw. der/die gesetzliche VertreterIn, dass das Formular an die SportleiterInnen des Sportclubs weitergegeben wird. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

**Sportclub: ZOFINGEN 1250**

---

**SportlerIn:** .....  
(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     SpastikerIn  
 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? .....

## Krankheiten

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

## **Medikamente**

- ja  nein
- ja  nein
- ja  nein
- ja  nein
- ja  nein
- ja  nein
- ja  nein
- ja  nein
- 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: .....

Der Hausarzt empfiehlt dem/der SportlerIn periodische ärztliche Untersuchungen:  ja  nein

Wenn ja, in welchem Intervall: .....

Weitere Hinweise und Bemerkungen des Arztes: .....

.....

Name und Tel-Nr. des Hausarztes für Rückfragen: .....

Ort/Datum: ..... Unterschrift/Stempel Arzt: .....

Ort/Datum: ..... Unterschrift SportlerIn:  
(bzw. gesetzliche/r VertreterIn)