



## Behindertensportgruppe BSG Reinach Eintrittsformular für Sportler:innen

Diese Informationen ermöglichen dem Sportclub/den Sportleitenden eine auf die Sportler:innen angepasste Gestaltung der Sportlektionen. Korrekte und vollständige Angaben sind Voraussetzung für eine adäquate Betreuung und Förderung.

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

Der Entscheid über die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung liegt beim/bei der Sportler:in 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 Sportleiter:innen unverzüglich mitzuteilen.**

Mit der Unterschrift akzeptiert der/die Sportler:in bzw. der/die gesetzliche Vertreter:in, dass das Formular an die Sportleiter:innen des Sportclubs weitergegeben wird. Die Angaben werden vertraulich behandelt. Es gilt die Datenschutzerklärung des Sportclubs.

### Sportler:in

Name: ..... Vorname: .....

Eintrittsdatum BSG Reinach: .....

Ich komme selbständig  ja / oder mit ..... zur Turnhalle

Ich gehe selbständig  ja / oder mit ..... nach Hause

### Persönliche Angaben

Geschlecht:  männlich  weiblich

(Institution oder Betreuungsperson): .....

Strasse: ..... PLZ / Wohnort: .....

Geburtsdatum: ..... E-Mail: .....

Telefon: ..... Mobile: .....

Telefon Geschäft: ..... Telefon Heim: .....

Unfallversicherung: .....

### Gruppeneinteilung

- |                                     |   |   |   |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allrounder | <input type="checkbox"/> Fitness        | <input type="checkbox"/> Teamsport 1      | <input type="checkbox"/> Teamsport 2        |
| <input type="checkbox"/> Schwimmen  | <input type="checkbox"/> Kids Schürmatt | <input type="checkbox"/> Tanzen Schürmatt | <input type="checkbox"/> Fussball Schürmatt |

### Behinderung (es können mehrere Behinderungen angegeben werden)

mit Behinderung  ohne Behinderung

**Autismus:**  leicht  mittel  schwer

**Geistige Behinderung:**  leicht  mittel  schwer  Trisomie 21  
 Lernbehinderung  andere: .....

**Hörbehinderung:**  gehörlos  Hörrest ..... %  Hörgerät

→ mögliche Verständigungsform: .....

**Körperbehinderung:**  CP  Hemiplegie  Diplegie  
 Spastiker:in  
 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**

**Medikamente**

**Allergien** welche? .....  ja  nein  
 **Asthma**  leicht  schwer  ja  nein  
 **Diabetes Mellitus** Insulin:  ja  nein  ja  nein  
 wie oft? .....  
 Glukose:  ja  nein  
 wie oft? .....

**Epilepsie**  ja  nein

Auslösende Faktoren/Häufigkeit/Dauer: .....

**Herzfehler/-krankheit**  ja  nein

welche? .....

**Orthopädische Probleme**  ja  nein

welche? .....

Körperteil: .....

Anomalien, wo? .....

Degenerative Gelenkserkrankungen: .....

**Wahrnehmungsstörungen:**  ja  nein

welche? .....

**Andere Krankheiten**  ja  nein

welche? .....

## **Notfallkontakt**

Untenstehende Person kann durch die Hauptleitung im Notfall während der Trainingszeit telefonisch kontaktiert werden:

Name: ..... Vorname: .....

Telefon: ..... Mobile: .....

Bemerkungen: .....

## **Sportliches Training**

- Tauchen möglich     Kopfsprung möglich     Stop and go Bewegungen möglich  
 Rollen möglich     Sprünge möglich (z.B. Trampolin)     Drehbewegungen/Schaukelbewegungen möglich

Empfohlene Sportarten bzw. sportliche Tätigkeiten: .....

Sportarten/Tätigkeiten, die unbedingt vermieden werden müssen:

.....

Notwendige Vorsichtsmassnahmen: .....

Notfallmedikamente: .....

.....

Abgabe durch Leiter:in autorisiert:     ja     nein

Verhalten im Notfall: .....

.....

.....

.....

Der/die Hausarzt/-ärztin empfiehlt dem/der Sportler:in periodische ärztliche Untersuchungen:

ja     nein

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

Weitere Hinweise und Bemerkungen Arzt/Ärztin: .....

Name und Tel-Nr. Hausarztes/-ärztin für Rückfragen: .....

Ich bin damit einverstanden, dass der Sportclub Foto- und Videoaufnahmen von mir für offizielle Zwecke (z.B. Website, Clubzeitschrift) verwenden darf.

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

Ort/Datum: ..... Unterschrift Sportler:in: .....  
(bzw. gesetzliche/r Vertreter:in)