

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,

Ihr Sohn / Ihre Tochter nimmt am Schwimmunterricht der DLRG Ortsgruppe Korb teil. Bitte teilen Sie uns auf dem unteren Abschnitt mit, ob wir aus gesundheitlichen Gründen Besonderes zu beachten haben.

Schwimmer/in: Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Notfallhandy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Mitglied der DLRG Ortsgruppe Korb  Ja  Nein

- Bitte Zutreffendes ankreuzen -

1. Leider Ihr Kind unter ...	Unbekannt	Nein	Ja	Anmerkung
• Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Erkrankungen der Atmungsorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Erkrankungen des Bewegungsapparates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Erkrankungen der Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Infektanfälligkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Hat Ihr Kind Probleme im Hals-Nasen-Ohren-Bereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Liegt bei Ihrem Kind eine Behinderung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Wenn Ja, Welche	_____			
5. Hat Ihr Kind eine chronische Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Wenn Ja, Welche	_____			
6. Hat Ihr Arzt hinsichtlich der sportlichen Betätigungen Auflagen gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Sonstiges	_____			

Es bestehen keine gesundheitlichen Bedenken für die Teilnahme am Schwimmunterricht

Mein / Unser Kind kann am Schwimmunterricht teilnehmen, hat aber oben gekennzeichnete, gesundheitliche Beeinträchtigung(en)

**Bitte geben Sie dieses Schreiben ausgefüllt und unterschrieben an den/die Übungsleiter/in zurück. Informieren Sie uns, wenn sich am Gesundheitszustand ihres Kindes etwas ändert.**

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter (m/w/d)