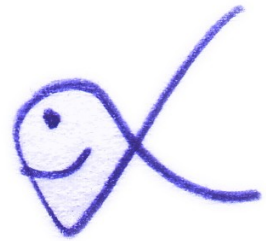


alphafisch® – Tauchen & Meer

Südallee 41 | 54290 Trier | www.alphafisch.de
Tel. (0651) 2017026 | mail@alphafisch.de



Erklärung zum Gesundheitszustand | Schwimmkurs und Teilnehmerinformationen (vertraulich)

Vorname _____ Name _____

Straße _____

Land _____ PLZ _____ Stadt _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Angaben über den Gesundheitszustand des Teilnehmers

Bitte beantworten Sie die folgenden Punkte zum früheren oder momentanen Gesundheitszustand Ihres Kindes mit „Ja“ oder „Nein“. Sollte einer der aufgeführten Punkte mit „Ja“ beantwortet werden, muß **vor** der Teilnahme am Schwimmkurs ein ärztliches Attest vorgelegt werden, das die gesundheitliche Eignung zum Schwimmen bescheinigt. Bei Änderungen ist der Schwimmlehrer zu informieren.

- Ja Nein Mein Kind ist momentan erkältet (Nase zu).
- Ja Nein Mein Kind hat/hatte Probleme oder Erkrankungen der Atemwege.
- Ja Nein Mein Kind hat/hatte Asthma, Tuberkulose oder Emphyseme.
- Ja Nein Mein Kind hat momentan eine Ohrenentzündung.
- Ja Nein Mein Kind hat häufig Probleme, Erkrankungen oder Operationen an den Ohren.
- Ja Nein Mein Kind hat/hatte bereits eine Nebenhöhlenerkrankung.
- Ja Nein Mein Kind ist Diabetiker.
- Ja Nein Mein Kind hat/hatte Herzerkrankungen (z.B. Kardiovaskuläre Erkrankungen, Angina pectoris, Herzinfarkt).
- Ja Nein Mein Kind leidet an Schwindel-, Ohnmachts- oder anderen Anfällen.
- Ja Nein Mein Kind leidet an einer Funktionsstörung des Nervensystems.
- Ja Nein Mein Kind leidet an Verhaltensstörungen oder mentalen/psychischen Störungen (Panikattacken, Platzangst).
- Ja Nein Mein Kind hat/hatte Rückenprobleme oder eine Rückgratverletzung.
- Ja Nein Mein Kind nimmt momentan Medikament(e) ein, die eine Warnung enthalten, daß sie die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können (mit Ausnahme von Medikamenten zur Malariaphylaxe).
- Ja Nein Mein Kind hatte kürzlich eine Erkrankung oder Operation.
- Ja Nein Mein Kind ist in ärztlicher Behandlung oder hat eine chronische Erkrankung.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten