

Versicherung:

Ich habe / wir haben die Informationen zum Schulsport (s. Reader) und auf der Homepage der Schule das „Merkblatt zur Gesundheit- und Sicherheitserziehung“ und „Information zur Teilnahme am Schulsport während der Menstruation“ zur Kenntnis genommen und versichere / versichern, alle entsprechenden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Sicherheit meines / unseres Kindes im Schulsport zu berücksichtigen.

Nachname des Kindes: _____

Vorname: _____

Klasse: _____

Mein / unser Kind ist frei von sportbeeinträchtigenden Erkrankungen:

Ja

Nein

Wenn nein, welche? _____

Mein/ unser Kind leidet unter (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Asthma bronchiale Diabetes mellitus

Allergien wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankung _____ bitte eintragen

Mein / unser Kind ist Schwimmer (d.h. **mindestens Seepferdchen-Abzeichen**):

Ja

Nein

Mein / unser Kind besitzt das Schwimmbzeichen in Bronze Ja Nein

Mein / unser Kind muss - nach Absprache mit dem behandelnden Augenarzt - eine sporttaugliche Brille tragen.

Ja

Nein

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____

Sollten Veränderungen auftreten, bitten wir Sie uns dies mitzuteilen!