

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten



Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Sohn/meine Tochter

Name, Vorname; Alter

an den Aktivitäten im Seilgarten teilnehmen kann. Der Grad der Teilnahme sowie Intensität und Ausmaß der körperlichen Betätigung wird von meinem Sohn/meiner Tochter selbst bestimmt. Ich bestätige ferner, dass mein Sohn/meine Tochter trotz eventuellem Vorliegen nachfolgender Indikatoren an dem Kurs teilnimmt.

Datum/Ort

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Teilnehmerfragebogen Gesundheit: Die von uns verwendeten Programmelemente beinhalten zum großen Teil Balanciereinheiten auf Seilen, Holzelementen etc. und werden oft im Freien durchgeführt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihr Kind an den Aktivitäten des Hochseilgartens im ElsterPark auf Ihren eigenen Wunsch und auf Ihre eigene Verantwortung teilnimmt. Die Beantwortung der Fragen zur körperlichen Verfassung dienen ausschließlich der Sicherheit Ihres Kindes.

Die Fragebögen werden vertraulich behandelt.

Mein Kind hat keinen Alkohol oder andere Drogen konsumiert.

Ich bestätige, dass mein Kind unverzüglich bei körperlichem Unwohlsein oder bei Vorliegen von nachfolgenden Indikatoren zum Zeitpunkt des Klettertermins, spätestens jedoch vor dem Programmbeginn mit den Trainern Kontakt aufnimmt und die verantwortlichen Betreuer über sein/ihr Befinden informiert.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz- Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Zurückliegender Herzinfarkt und/oder Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme |
| <input type="checkbox"/> Verletzungen des Bewegungsapparates
(Bänderriss, Zerrung, Muskelverletzungen...) | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Verletzung des Stützapparates
(Wirbelsäule, Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall..., auch wenn diese längere Zeit zurück liegen) | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Allergien (Bienenstiche, Pflanzen, Pollen...) | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Fieber innerhalb der vergangenen Woche | <input type="checkbox"/> Therapeutische Behandlung |
| | <input type="checkbox"/> Aktuelle Operationen |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung: _____ |

Name, Vorname: _____

Datum, Unterschrift: _____