Seilgarten Lesum e.V. · Am Hagen 8, 27721 Ritterhude

Fragebogen zur körperlichen Verfassung

KINDER / JUGENDLICHE

(Bitte als Kopiervorlage nutzen!)

Seilgarten Lesum e.V.
Telefon (0421) 959 37 93
Telefax (0421) 959 37 94
info@seilgarten-lesum.de
www.seilgarten-lesum.de

Adresse GESCHÄFTSSTELLE
Am Hagen 8
27721 Ritterhude

Adresse SEILGARTEN
Im Park am Holthorster Weg
28717 Bremen
NordWestBahn: Bhf. St.-Magnus
Bus: Linien 90, 91/92
Haltestelle „Holthorster Weg"

Charakter des Programms

Die von uns verwendeten Programmelemente beinhalten zum großen Teil Aktivitäten in der Natur, Kletteraktivitäten (am Fels oder Baum), den Bau/ die Überquerung von Seilbrücken und Balanciereinheiten auf Seilen, Holzelementen etc.. Bei Aktivitäten ab einer Tritthöhe von über 1,5m werden die TeilnehmerInnen mittels im Bergsport üblicher Methoden gegen Absturz gesichert. Sicherheit steht bei uns an erster Stelle! Die Aktivitäten werden von geschultem Fachpersonal durchgeführt. Sportlichkeit ist ausdrücklich nicht Voraussetzung, um an unseren Programmen teilnehmen zu können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

dass meine Tochter/ mein Sohn.....
an den Aktivitäten im Seilgarten Lesum auf eigenen Wunsch und auf eigene Verantwortung teilnimmt. Den Grad der Teilnahme am Programm sowie die Intensität und das Ausmaß der körperlichen Betätigung bestimmt im Programm jedeR selbst. Die Beantwortung folgender Fragen zur körperlichen Verfassung dienen ausschließlich der eigenen Sicherheit. Die Fragebögen werden natürlich vertraulich behandelt. Bei Auftreten von körperlichem Unwohlsein oder beim Vorliegen von folgenden Indikatoren ist unbedingt mit den TrainerInnen Kontakt aufzunehmen. Diese Informationspflicht obliegt den TeilnehmerInnen. Bitte informieren Sie uns über Ihr Befinden, insbesondere über zurückliegende bzw. akute Vorfälle im Bereich **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- ☐ Herz- Kreislauferkrankungen
- ☐ Zurückliegender Herzinfarkt
- ☐ Verletzungen des Bewegungsapparates (Bänderriss, Zerrung, etc.)
- ☐ Asthma
- ☐ Verletzung d. Stützapparates (Wirbelsäule, Rückenbeschw., Bandscheibe)
- ☐ Rot-Grün-Blindheit
- ☐ Allergien gegen Stoffe in der Natur (Bienenstiche, Pflanzen, Pollen...)
- ☐ Zuckerkrankheit o. Epilepsie
- ☐ Fieber innerhalb der vergangenen Woche
- ☐ Regelmäßige Medikamenteneinnahme
- ☐ Schwangerschaft
- ☐ Therapeutische Behandlung

Sonstiges/ Erklärungen:
.....
.....

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

Adresse: .....

Geb.Datum: ..... Telefon: .....

Kurstermin: .....

_____ _____ _____ _____

Datum: Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten UND des/der TeilnehmerIn