

Vereinslogo

## Fragebogen für neue Schützinnen und Schützen



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdag: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Mitversichert bei: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

**Notfall Kontakt (1):** \_\_\_\_\_

**Notfall Kontakt (2):** \_\_\_\_\_

1. Gibt es bei Ihrem Kind aktuelle Verletzungen / aktuelle Erkrankungen?

☐ JA

☐ NEIN

Wenn ja: welche?

2. Gibt es Vorerkrankungen / Vorverletzungen?

☐ JA

☐ NEIN

Wenn ja: welche?

3. Leidet Ihr Kind an Asthma?

☐ JA

☐ NEIN

Wenn ja: müssen Medikamente eingenommen werden (Sprays, Tabletten, etc.)?

☐ JA

☐ NEIN

Wenn ja: welche?

4. Leidet Ihr Kind an Allergien (z.B. Gräser, Bienen)?

☐ JA ☐ NEIN

Wenn ja: besitzt Ihr Kind ein Notfall-Set?

☐ JA ☐ NEIN

5. Leidet Ihr Kind an Unverträglichkeiten (z.B. Nüsse, Laktose, Gluten)?

☐ JA ☐ NEIN

Wenn ja: welche?

6. Neigt Ihr Kind zu Nasenbluten?

☐ JA ☐ NEIN

7. Neigt Ihr Kind zu blauen Flecken?

☐ JA ☐ NEIN

8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

☐ JA ☐ NEIN

Wenn ja: welche?

Allgemeine Anmerkung:

---

---

---

---

**Hinweis: Die angegebenen Daten werden dem Trainer / der Trainerin zur Verfügung gestellt. Dieser / diese führt das Datenblatt bei allen Trainings, Turnieren und Sportveranstaltungen (zb. Trainingslager) mit sich, um jederzeit bei einem Notfall entsprechend reagieren – und die Eltern kontaktieren zu können. Diese Informationen werden vertraulich behandelt und beim Ausscheiden aus dem Verein sofort vernichtet. Die Daten werden NICHT veröffentlicht. Mit der Unterschrift wird dem eingewilligt.**

Datum und Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten: