Anmeldeformular

Mit diesem Formular beantragen Sie die verbindliche Teilnahme Ihrer Tochter/Ihres Sohnes beim Jugend-Einsatz-Team kurz „JET“ der DLRG OV Forchheim e.V. Rückfragen bitte an jet@forchheim.dlrg.de.

Persönliche Daten des Teilnehmers:

Nachname:_____ Vorname:_____

Geburtsdatum: _____ PLZ und Ort:_____

Straße: _____

Telefon-/ Handynummer: _____

E-Mail-Adresse JET-Mitglied: _____

E-Mail-Adresse der Eltern (optional): _____

Ich/Wir erklären mit der Unterschrift mein/unser Einverständnis zur Erstellung von Bildaufnahmen meines/unseres Kindes im Rahmen von Veranstaltungen des Vereins sowie zur Verwendung und Veröffentlichung solcher Bildnisse zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung über das Vereinsleben. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Die beigefügte Selbsterklärung muss ausgefüllt bei der Anmeldung beiliegen.
Mit Ihrer Unterschrift am Ende dieses Anmeldeformulars bestätigen Sie den Erhalt der „Selbsterklärung zum Gesundheitszustand“.
Alle weiteren Informationen zur Gesundheitserklärung entnehmen Sie bitte der beigefügten Selbsterklärung.

Kommunikationswege

Für das JET relevante Informationen (z.B. Ausbildungstermine) werden über einen E-Mail-Verteiler versendet. In diesem werden die JET-Mitglieder bei Anmeldung aufgenommen. Soll, falls vorhanden, die oben genannte E-Mail-Adresse der Eltern ebenfalls mit in den Verteiler aufgenommen werden? Ja: ☐ Nein: ☐

Bestätigung der Angaben

Ich bestätige die Richtigkeit der oben getätigten Angaben und bin mit der Teilnahme meiner Tochter/meines Sohnes beim JET der DLRG OV Forchheim e.V. einverstanden.

_____
Ort, Datum Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Datenschutzhinweis: Die von den Teilnehmern gemachten Angaben werden gemäß Bundesdatenschutzgesetz behandelt und sind nur für die Organisation und Verwaltung des genannten Zweckes bestimmt. Sie werden weder verkauft, noch an Dritte weitergegeben.

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG*:

- ❑ JET- Mitgliedschaft
- ❑ Deutsches Rettungsschwimmabzeichen (DRSA) Gold
- ❑ Fachausbildung Wasserrettungsdienst
- ❑ Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)
- ❑ Ausbildung zum Signalmann
- ❑ Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst
- ❑ Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen
- ❑ .....

....

Vor- und Zuname Geburtsdatum

.....

Anschrift

Ich bin bereit, im o.g. Tätigkeitsbereich der DLRG mitzuarbeiten. Mir ist bekannt, dass diese Tätigkeit mit Risiken verbunden ist. Ich bin mir bewusst, dass diese Risiken erhöht werden, wenn bei mir gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Nach Rücksprache mit meinem Arzt erkläre ich, dass ich

❑ ohne gesundheitliche Einschränkungen im o.g. Tätigkeitsbereich mitarbeiten kann.*

❑ ich nur mit folgenden ärztlichen Einschränkungen mitarbeiten kann (ggf. lege ich ein ärztl. Attest bei, in welchem Umfang ich mitarbeiten kann): *

.....

.....

.....

Ich bin mir bewusst, dass ich im eigenen Interesse bei zukünftigen Erkrankungen gehalten bin, mich mit dem jeweils behandelnden Arzt zu besprechen, inwieweit die o. g. Tätigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollte. Ich verpflichte mich, jede so bekannt gewordenen Minderung der Einsatzfähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Einsatzführer, Trainer ...) unverzüglich unter Angabe des Umfangs der Beeinträchtigung mitzuteilen. Dieser übernimmt mit der Entgegennahme der Information die Verpflichtung, die erhaltene Information ausschließlich zu dienstlichen Zwecken zu verwenden und die Information in diesem Rahmen auch vertraulich zu behandeln.

Ergänzende Informationen zur Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Grundsätzlich wird vor der erstmaligen Selbsterklärung eine ärztliche Grunduntersuchung empfohlen. Zwischenzeitliche schwerere Erkrankungen, insbesondere der u. g. Arten bedürfen einer erneuten ärztlichen Untersuchung.

Möglichen Gefährdungen:

- Herz- Kreislauferkrankungen.
- Erkrankungen der Atemwege oder des Ohres.
- Asthmatiker und starke Allergiker sollten sich grundsätzlich vorher ärztlich untersuchen lassen.
- Anfallsleiden (Epilepsie o.ä.) schließen eine der o.g. Aktivitäten grundsätzlich aus!

Die nachfolgenden Fragen sollen helfen herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme angezeigt ist. Eine mit „JA“ beantwortete Frage muss nicht zum Ausschluss von der Teilnahme führen. Sie gibt jedoch einen Hinweis darauf, dass die Sicherheit bei der Ausübung der Tätigkeit beeinträchtigt sein kann und eine ärztliche Untersuchung daher ratsam ist.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen den momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustand betreffend **für sich selbst bzw. als Erziehungsberechtigter für Ihr Kind** mit **Ja** oder **Nein**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit **Ja**. Falls eine Frage mit **Ja** beantwortet wird, ist eine Untersuchung oder Beratung bei einem Arzt erforderlich, bevor die Tätigkeit oder Ausbildung begonnen wird.

Hatten oder haben Sie oder Ihr Kind:

- Asthma oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?
- häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?
- eine Lungenerkrankung?
- einen Pneumothorax (Lungenriss)?
- chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes?
- Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?
- Gesundheitsprobleme bei spez. Verhaltensweisen/Stimmungen (Depressionen)?
- Epilepsie, Anfälle oder Krämpfe? Werden Medikamente eingenommen?
- wiederholte migräneartige Kopfschmerzen. Werden Medikamente eingenommen?
- Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit?
- häufige Übelkeit durch Fahren auf dem Boot oder im Auto?
- einen Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?
- Chirurg. Eingriffe im Rückenbereich, Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?
- Diabetes?
- die Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,5 km in 10 Min. gehen)?
- hohen Blutdruck? Werden Medikamente eingenommen?
- Herzkrankheiten?
- chirurgisches Eingreifen an Ohren oder Nebenhöhlen?
- Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?
- Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten in die Berge bzw. im Flugzeug?
- Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?
- Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?
- Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre?
- Magen-Darm-Probleme?
- übermäßigen Konsum von Medikamenten oder Alkohol?
- Probleme mit der Einnahme von Betäubungsmitteln?
- eine hier nicht aufgeführte Erkrankung ?

....

Ort, Datum Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin ggf. Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Diese Erklärung hat eine Gültigkeit von max. zwei Jahren und ist nach Ablauf dieser Zeit erneut abzugeben. Die Angaben sind durch die aufnehmende Gliederung vertraulich zu behandeln

*** Zutreffendes bitte ankreuzen**