



Formblatt A



**Special Olympics**  
Nordrhein-Westfalen

-----  
Registrierung

Team

## 10. Landesweites Special Olympics Judoturnier in Essen

---

(Name der Institution/Einrichtung)

(Mitgliedsnummer)

---

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

---

(Headcoach)

(E-Mail-Adresse Headcoach)

---

(Telefonnummer mit Vorwahl und Fax)

(Mobilnummer Headcoach)

### Unser Team bewirbt sich mit der folgenden Teilnehmerzahl:

Anzahl Athleten: \_\_\_\_\_

Anzahl Coaches: \_\_\_\_\_ (incl. Headcoach)

Anzahl Teilnehmer gesamt: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel der Einrichtung



Formblatt B



**Special Olympics**  
Nordrhein-Westfalen

-----  
Registrierung

## ATHLET/COACH/HEADCOACH

### 10. Landesweites Special Olympics Judoturnier in Essen

Athlet     Coach/Headcoach

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Einrichtung)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Headcoach)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(Mobilnummer)

Geschlecht:     weiblich     männlich

#### Wettkampfklasse

#### Auswahl (bitte ankreuzen)

Klasse I

Klasse II

Klasse III



## MEDIZINISCHES FORMBLATT/EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

### 10. Landesweites Special Olympics Judoturnier in Essen

---

(Name der Institution/Einrichtung)

---

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

---

(Telefonnummer mit Vorwahl und Fax)

(Mobilnummer)

---

(Headcoach)

(E-Mail-Adresse)

#### **Bestätigung**

Hiermit bestätigen wir, dass eine Einverständniserklärung der Eltern/Betreuer aller Teilnehmer, die zum **10. Landesweiten Special Olympics Judoturnier in Essen** gemeldet wurden, vorliegt. Des Weiteren bestätigen wir, dass für jeden einzelnen unserer Teilnehmer eine ärztliche Sparteignungserklärung vorliegt.

Folgende Aspekte sollten aus ärztlicher Sicht berücksichtigt worden sein:

- Herz-Kreislauf- oder Lungen-Erkrankungen
- Diabetes
- Nierenerkrankungen
- Störungen der Wirbelsäulenfunktion  
(z. B. atlanto-axiale Instabilität, insbesondere bei Menschen mit Down Syndrom)
- Störungen der Gelenks- oder Muskelfunktion
- Seh- oder Hörstörung
- Allergie, Nahrungsmittel-Unverträglichkeit

Wir bestätigen, dass für Athleten mit atlanto-axialer Instabilität für die Teilnahme an nicht erlaubten Sportarten und Disziplinen ein schriftlicher Antrag beim Veranstalter eingereicht und bestätigt worden ist.

Ein Impfpass (insbesondere Schutz gegen Tetanus/Hepatitis) sowie die (Notfall-) Medikation sollte mitgeführt werden.

Wir bestätigen hiermit, dass ein Versicherungsschutz aller Teilnehmer, die zum **10. Landesweiten Special Olympics Judoturnier in Essen** gemeldet wurden, besteht.

Außerdem bestätigen wir die Rechteübertragung zur Veröffentlichung und weiteren Verbreitung der geschossenen Fotos an Special Olympics Deutschland e.V.

---

Ort, Datum

---

Stempel/ Unterschrift der Einrichtung



**Special Olympics**  
Nordrhein-Westfalen

Formblatt D

-----  
Registrierung

## HEALTHY ATHLETES

### 10. Landesweites Special Olympics Judoturnier in Essen

Veranstaltung: „Health Promotion-Gesunde Lebensweise“

---

(Name, Vorname des Sportlers)

(Geburtsdatum)

---

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

(Institution/Einrichtung)

#### Healthy Athletes Einverständniserklärung

Mit dem Healthy Athletes Programm bietet Special Olympics seinen Athleten kostenfreie, nicht invasive Gesundheitsdienste auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene an.

Diese Angebote umfassen individuelle orientierende Untersuchungen, Gesundheits-Checks, Gesundheitsaufklärung und vorbeugende Maßnahmen (wie z.B. Mundschutz für Kontaktsportarten). Die Athleten werden über ihren Gesundheitszustand informiert und bekommen schriftliche Informationen, in welche Weiterbehandlung, falls erforderlich, sie sich begeben sollten. Darüber hinaus werden die Gesundheitsdaten aufgenommen und unter Berücksichtigung des Datenschutzes anonymisiert aufgearbeitet und in eine Healthy Athletes Datenbank aufgenommen. Diese dient dazu, die Bedingungen in der Gesundheitsfürsorge für Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern. Die Daten werden nur von Special Olympics verwendet und nicht an Dritte zu anderen Zwecken weitergegeben.

#### Einverständniserklärung:

Ich verstehe, dass ich mich durch meine Unterschrift (siehe unten) mit der Teilnahme am Gesundheitsprogramm von Special Olympics Healthy Athletes Programm einverstanden erkläre. Das heutige Programm bietet Gesundheits-Checks und Aufklärung in folgendem Bereich: „Health Promotion-Gesunde Lebensweise“.

Ich verstehe, dass die Teilnahme am Healthy Athletes Programm für mich freiwillig ist und dass ich das Programm jederzeit abbrechen kann. Das Angebot dieser Gesundheits-Checks zielt nicht darauf ab, regelmäßige Gesundheitsfürsorge zu ersetzen. Ich verstehe, dass jeder seine eigene, unabhängige Gesundheitsfürsorge verfolgen sollte und dass Special Olympics durch die Bereitstellung der Gesundheitsdienste im Healthy Athletes Programm nicht verantwortlich ist für die Gesundheit der teilnehmenden Sportler.

Ich verstehe und erlaube, dass Informationen die während des Healthy Athletes-Programms über mich gesammelt werden, anonym aufgearbeitet werden und so der Verbesserung der Gesundheitsfürsorge für Sportler von Special Olympics und allgemein für Menschen mit geistiger Behinderung dienen. Die Einwilligung ist freiwillig.

---

Unterschrift des Athleten (wenn 18 Jahre alt und geschäftsfähig)

---

Unterschrift der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters (wenn AthletIn unter 18 Jahren oder nicht geschäftsfähig)

Hiermit bestätige ich, dass der/die Athlet/Athletin den Inhalt der Einverständniserklärung verstanden hat:

---

Betreuer

Einrichtung/Schule/Werkstatt

Ort, Datum