Medizinisches Formblatt / Einverständnis

(Name der Institution / Einrichtung)

(Straße Hausnummer) (PLZ, Ort)

(Telefonnummer mit Vorwahl) (Mobilnummer)

(Delegationsleitung) (E-Mail-Adresse)

Bestätigung

Hiermit bestätigen wir, dass eine Einverständniserklärung der Eltern/ Betreuer aller Teilnehmer*innen, die zu den 8. Offenen inklusiven Stadtmeisterschaften in Brandenburg an der Havel gemeldet wurden, vorliegt. Des Weiteren bestätigen wir, dass für jeden einzelnen unserer Teilnehmer*innen eine ärztliche Sporteignungserklärung vorliegt. Sollte bei Athlet*innen eine atlanto-axiale Instabilität (gehäuft bei Menschen mit Down-Syndrom) oder der Verdacht darauf vorliegen, ist ein Facharzt zur Bestätigung der Sporteignung in der entsprechenden Sportart zu konsultieren. Ein Impfpass (insbesondere Schutz gegen Tetanus(Hepatitis) sowie (Notfall-) Medikation sollte mitgeführt werden.
Wir bestätigen hiermit, dass ein Versicherungsschutz aller Teilnehmer, die zu den Offenen inklusiven Stadtmeisterschaften gemeldet wurden, besteht.

Außerdem bestätigen wir die Rechteübertragung zur Veröffentlichung und weiteren Verbreitung der im Rahmen der Veranstaltung getätigten Fotos an Special Olympics Deutschland e.V.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Einrichtung

Einverständnis Datenverarbeitung

Mit der Teilnahme an Special Olympics Veranstaltungen erklärt der Teilnehmer seine Einwilligung in die hier beschriebene Datenverarbeitung.

Von jedem Teilnehmer werden unter anderem folgende Daten erhoben und gespeichert:

- Vor- und Nachname
- Firma, Verein, Institution
- Geschlecht und Geburtsdatum
- Kontaktdaten wie Telefonnummer, E-Mailadresse und Mobilnummer

Der Lebenshilfe Brandenburg-Potsdam e.V. erhebt, verarbeitet und nutzt diese Daten zur Durchführung der Veranstaltung und zur Information der Teilnehmer über die Veranstaltung. Zu den Anmeldedaten werden auch die Ergebnisse gespeichert, die der Athlet in seiner Sportart erreicht hat.

_____

Ort, Datum

_____

Stempel, Unterschrift der Einrichtung