



Erlebnistag AquaMagis 2018

(Name Institution/Verein/Person)

(Mitgliedsnummer)

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

(Delegationsleiter)

(E-Mail-Adresse Delegationsleiter)

(Telefonnummer mit Vorwahl und Fax)

(Mobilnummer Delegationsleiter)

Mitglied bei Special Olympics

ja

nein

Unsere Delegation bewirbt sich mit der folgenden Teilnehmerzahl:

Anzahl Athleten*:

*davon mit „B“ Vermerk im Ausweis:

Anzahl Betreuer:

Bemerkung: _____

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel der Einrichtung



MEDIZINISCHES FORMBLATT/EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Erlebnistag AquaMagis 2018

(Name Institution/Verein/Person)

(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 für den **Erlebnistag AquaMagis 2018** gemeldet wurden, vorliegt. Des Weiteren bestätigen wir, dass für jeden einzelnen unserer Teilnehmer eine ärztliche Sporteignungserklärung 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 für den **Erlebnistag AquaMagis 2018** gemeldet wurden, besteht.

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

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift der Einrichtung