

Schule: _____ Klasse/Gruppe: _____

Name, Vorname des Kindes: _____

Es bestehen keine gesundheitlichen Bedenken.

Mein/unser Kind kann am Schwimmunterricht teilnehmen, hat aber folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen und Besonderheiten:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hörbehinderung / Trommelfellerkrankung | <input type="checkbox"/> Ohrstöpsel verwenden |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Bronchitis | <input type="checkbox"/> Asthmaspray muss griffbereit sein |
| <input type="checkbox"/> Herz- / Kreislaferkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Blasen- / Nierenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Kontrolle erforderlich |
| <input type="checkbox"/> Körperbehinderung | |
| <input type="checkbox"/> ADS / ADHS | <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme erforderlich |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankung / Sehbehinderung | |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Bluter | |
| <input type="checkbox"/> andere Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> Art: _____ |
| <input type="checkbox"/> schlechte Erfahrung im Wasser /Panik | |

Weitere wichtige Hinweise/Erläuterungen durch die Eltern zum Gesundheitszustand des Kindes (ggf. auch Rückseite nutzen):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Teilnahme meines/unseres Kindes am verbindlichen Schwimmunterricht sowie die Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, jegliche Veränderungen der Schule und den Schwimmlehrern unverzüglich mitzuteilen. Die oben aufgenommenen gesundheitsbezogenen Daten werden nach Art. 9 DS-GVO erhoben, in der Schule archiviert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Die gespeicherten Informationen werden nach zwei Jahren, spätestens nach Abgang von der Bildungseinrichtung, gelöscht, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden. Auf meine/unsere im Rahmen der Datenverarbeitung bestehenden Rechte nach Art. 13 ff. DS-GVO (Recht auf Auskunft, Berichtigung, Vervollständigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch, Widerruf der Einwilligung) wurde/n ich/wir hingewiesen. Genauere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter <https://hmg-erfurt.de/sport/>.

(Bitte Nichtzutreffendes streichen)

Ort/Datum

Unterschrift

telefonische Erreichbarkeit

Mein/unser Kind darf aus gesundheitlichen Gründen nicht am Schwimmunterricht teilnehmen. Ein ärztliches Attest liegt bei/wird in Kürze nachgereicht.
(Bitte Nichtzutreffendes streichen)