



# Selbsterklärung zum Gesundheitsstand



\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname des/der Kindes/er

\_\_\_\_\_  
Geb. – Datum/en

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Nach Rücksprache mit dem Arzt erkläre/n ich/wir, dass mein(e)/unser(e) Kind/er

ohne gesundheitliche Einschränkungen

mit folgenden ärztlichen Einschränkungen am Kurs teilnehmen kann/können.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Mir ist bekannt, dass die Ausbildung mit Risiken verbunden ist und dass sich diese erhöhen, wenn gesundheitliche Einschränkungen vorliegen.

Ich/wir bin/sind uns bewusst, dass bei jeder auftretenden Erkrankung während des Schwimmkurses mit dem behandelnden Arzt besprochen werden muss, inwieweit die Ausbildung zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt oder ausgesetzt werden sollte.

Ich/wir verpflichte/n mich/uns unverzüglich den Ausbildern eine bekannt gewordene gesundheitliche Einschränkungen unter Angabe des Umfangs der Beeinträchtigung mitzuteilen.

Bei fälschlicher Angabe oder Nichtbeachtung dieser Erklärung und daraus resultierenden Unfällen/Erkrankungen des/r Kindes/r sind Haftungsansprüche gegen die DLRG-Ortsgruppe Aurich e.V. oder den *TuS Westerende e.V.* als Veranstalter oder Verantwortliche (bei Bestellung des Ausbildungspersonals und externer Trägerschaft) des Kurses ausgeschlossen.

**Die erhaltene Information wird ausschließlich für Ausbildungszwecke verwendet und in diesem Rahmen verantwortlich und vertraulich behandelt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten



**Schwimmkurse in Westerende**

Ansprechpartnerin

Gaby Kahle ☎ 04941-67414, 📱 0178-1969110

✉ dlr.g.aurich@ewetel.net