

Anmeldung zum Lehrgang der OWL-Schwimmjugend

Schwimmverband Ostwestfalen-Lippe e.V.
Frau Beate Heck
Kötnerholzweg 58
30451 Hannover

Angaben zum meldenden Verein

Verein _____
Ansprechpartner _____
Straße + Hausnr. _____
PLZ + Ort _____
Telefonnummer _____
E-Mail-Adresse _____

Meldung per Fax an _____¹⁾

Meldung per E-Mail an Beate.Heck@sv-owl.de¹⁾

Anmeldung (Bitte je Teilnehmer ein Formular ausfüllen!)

zum Lehrgang _____
Lehrgangsnummer _____
Lehrgangsdatum _____

Teilnehmer

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße + Hausnr. _____ PLZ + Wohnort _____
Telefonnummer _____ E-Mail-Adresse _____
Tätigkeit im Verein _____

Folgende Kopien gemäß Ausschreibung sind beigelegt: (Die Originale bitte zum Lehrgang mitbringen!)

- Dem Schwimmverband OWL e.V. liegt eine Einzugsermächtigung für die Lehrgangsgebühr vor.
 Ein Verrechnungsscheck über die Lehrgangsgebühr liegt bei.

OWL-F11-20170104

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

¹⁾ Eine Meldung per Fax oder E-Mail ist nur bei vorliegender Einzugsermächtigung zulässig!

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

ausschließlich gültig für:

Titel des Lehrgangs	Nummer	Datum	Ort

Teilnehmer:

Vor- und Zuname

Geb.-Datum

Anschrift

Der o.g. Lehrgang erfordert die aktive Teilnahme an Übungen im Bewegungsraum Wasser sowie ggf. auch an Land. Wie bei allen sportlichen Betätigungen, kann die körperliche Beanspruchung in seltenen Fällen mit potenziellen gesundheitlichen Risiken verbunden sein.

Mir ist bekannt, dass diese Risiken erhöht sind, wenn bei mir gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Mir ist bewusst, dass ich ggf. eine ärztliche Gesundheitsprüfung veranlassen muss und ich selbstverantwortlich meine Eignung zur Teilnahme an o.g. Lehrgang erkläre.

Weiterhin sichere ich zu, dass ich Änderungen meines Gesundheitszustands, die einer Teilnahme an o.g. Lehrgang entgegenstehen, unverzüglich dem Ausrichter des Lehrgangs bzw. dem verantwortlichen Lehrgangsleiter vor Ort mitteile.

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Hiermit erkläre ich, dass ich ohne gesundheitliche Einschränkungen an dem o.g. Lehrgang teilnehmen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift Erziehungs-
berechtigter