

Anmeldung Schwimmkurs Kinder

Kursdauer: Jeweils 10 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten

Kursgebühr: 90€ / 80€ für ein Geschwisterkind im selben Kurs

Bitte wählen Sie ein Zeitfenster aus:

Dienstag 19:00, Hallenbad Biberach

Donnerstag 19:00, Soleo Heilbronn

Samstag, Hallenbad Biberach 8:30 9:30 10:30 11:30 12:30 13:30 14:30

Infos:

- Dies ist keine Eintrittserklärung in den Verein
- Die Kursgebühren werden erst nach dem Schwimmkurs abgebucht
- Vollständiger Versicherungsschutz besteht nur, wenn uns ein vollständig ausgefülltes und unterschriebenes Anmeldeformular vorliegt

Teilnehmerdaten:

Nachname, Vorname*	
Geburtstag*	

Erziehungsberechtigter:

Nachname, Vorname*	
Straße / Hausnummer*	
PLZ / Wohnort*	
Telefonnummer*	
E-Mail*	

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die TSG 1845 Heilbronn e.V., Abteilung Schwimmen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der TSG 1845 Heilbronn e.V., Abteilung Schwimmen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55TSG00000154567

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Nachname, Vorname*	
Straße / Hausnummer*	
PLZ / Wohnort*	
IBAN*	
BIC*	

*Pflichtfelder

Ort/Datum:	Unterschrift:
-------------------	----------------------

Bitte schicken Sie die Anmeldung an: anfragen@tsg-heilbronn-schwimmen.de



Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Eltern,

sie haben Ihr Kind für einen Schwimmkurs angemeldet. Wir bitten Sie diesen Bogen sorgfältig und vollständig auszufüllen und uns vor Kursbeginn das Original zukommen zu lassen.

Nachname, Vorname*	
---------------------------	--

Bitte kreuzen Sie nachfolgend die zutreffenden Aussagen an:

- | | | |
|--|----|------|
| Mein Kind hat Probleme mit dem Innenohr: | Ja | Nein |
| Mein Kind hat in letzter Zeit häufiger über Schwindel geklagt: | Ja | Nein |
| Mein Kind leidet unter Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma): | Ja | Nein |
| Leidet Ihr Kind an anderen Erkrankungen? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Mein Kind leidet an einer Allergie? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche ? | | |
| Mein Kind ist Diabetiker/in: | Ja | Nein |
| Mein Kind leidet an Krampfanfällen (z.B. Fieberkrämpfe, Epilepsie): | Ja | Nein |
| Mein Kind hat ein Notfallset / Notfallmedikamente: | Ja | Nein |
| Mein Kind ist Brillenträger: | Ja | Nein |
| Wenn ja, könnte ihr Kind beim Schwimmkurs dadurch beeinträchtigt sein? | Ja | Nein |
| Möchten Sie den Kursleiter über sonstige Gewohnheiten / Besonderheiten Ihres Kindes informieren? | | |

Bei einem Unfall sollen benachrichtigt werden:

1. Name: _____ Tel.-Nr.: _____

2. Name: _____ Tel.-Nr.: _____

(unter dieser Nr. muss ein Erziehungsberechtigter während der Schwimmstunde immer erreichbar sein! Bitte geben Sie Namen und Telefonnummer an.)

Ort/Datum:	Unterschrift:
-------------------	----------------------