



Bestätigung durch den Verein zur Vorlage beim
Fußballverband Niederrhein e.V.

Mitgliedschaft im Verein

Hiermit bestätigen wir,
dass Herr/Frau: _____, *(Vor- und Nachname)*
geboren am _____ *(TT/MM/JJJJ)* in unserem Verein Mitglied ist!

Ort und Datum *(TT/MM/JJJJ)*

Vereinsstempel

Unterschrift gemäß BGB § 26 (Vereinsvertreter/in)

SGE

Gesundheitliche Eignung

Sind Sie gesund für Sport und Lehrgänge? Bitte beantworten Sie zur Teilnahme an der Trainer-Eignungsprüfung und Fortbildung sowie im Rahmen der Vereinsmanager-Ausbildungen folgende Gesundheitsfragen. Für die Teilnahme an der Trainer-Lizenz-Ausbildung ist eine separate Sporttauglichkeitsbescheinigung Ihres behandelnden Arztes erforderlich. Diese muss dann spätestens zum Lehrgangsbeginn vorgelegt werden.

8 Fragen

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse ehrlich, nach bestem Wissen und „gesundem“ Menschenverstand. Wir machen darauf aufmerksam, dass der Fußballverband keine Haftungen übernimmt. Bitte ja oder nein ankreuzen!

Nr.	Fragestellung	ja	nein
1	Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?		
2	Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?		
3	Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?		
4	Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt?		
5	Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnte?		
6	Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?		
7	Covid 19: Haben Sie Krankheitssymptome wie Fieber, Husten, Atembeschwerden, Geschmacksverlust oder Kontakt zu bestätigt infizierten Personen gehabt?		
8	Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rates, ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben? Grund: _____		

Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet haben, müssen Sie Ihren Arzt vor der Aufnahme einer sportlichen Aktivität aufsuchen und sich untersuchen und beraten lassen! Die Daten werden vertraulich und im Sinne der Datenschutzverordnung behandelt!

Durch meine Unterschrift bestätige ich:

1. Ich habe alle obigen Fragen gelesen, verstanden und beantwortet.
2. Ich bin im Vorfeld der Qualifizierungsmaßnahme darüber informiert worden, dass ich eigenverantwortlich teilnehme.

Ort und Datum (TT/MM/JJJJ)

Name, Vorname

Unterschrift Teilnehmer/in