



Schwimmschule Kleiner Delphin  
Kristina Soll  
Tannenstraße 5  
66987 Thaleischweiler-Fröschen  
Tel. 0176 622 445 28  
E-Mail: info@kleiner-delphin.de

## Anmeldung Anfängerschwimmkurs

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Vor- & Nachname der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mein/Unser Kind hat folgende Erfahrungen mit Wasser oder im Schwimmbad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit melde ich/wir mein/unser Kind verbindlich für folgenden Anfängerkurs in der Schwimmschule Kleiner Delphin an

Plub freitags     14 Uhr     15 Uhr

Thaleischweiler montags 14.45 Uhr



## Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Eltern, Sie haben Ihren Sohn/Ihre Tochter für einen Schwimmkurs angemeldet. Damit der Kurs für alle ein Erfolg wird, bitte ich Sie, diesen Bogen sorgfältig und vollständig auszufüllen und spätestens zu Beginn der ersten Kursstunde bei mir abzugeben.

Name meines Kindes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie nachfolgend die zutreffenden Aussagen an:

Mein Kind...

... hat Probleme mit dem Innenohr ja  nein

... leidet unter Atemwegserkrankungen (Asthma etc.): ja  nein

Bitte geben Sie die Erkrankung genau an: \_\_\_\_\_

... leidet an einer Allergie: ja  nein

Wenn ja, deshalb regelmäßige Medikamenteneinnahme und welche? \_\_\_\_\_

... ist Diabetiker ja  nein

... ist Brillenträger ja  nein

Welche Sehstärke wurde festgestellt: \_\_\_\_\_

... ist ein Anfallsleiden bekannt: ja  nein

Welches: \_\_\_\_\_

Möchten Sie mich über sonstige Gewohnheiten des Kindes informieren. Dann notieren Sie dies bitte hier:

\_\_\_\_\_

Mein Kind darf von folgenden Personen außer den Eltern abgeholt werden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift