



**KVM 1922 e.V.**

Jugendabteilung / Training

Postfach 10 03 46

48052 Münster

Absender:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Erklärung

Meine/unsere Tochter mein/unser Sohn \_\_\_\_\_  
(bitte den Vor- und Nachnamen eintragen) Geburtsdatum

nimmt am Trainingsbetrieb / Kanu-Kurs des **Kanuverein Münster 1922 e.V.** teil.

Ich/wir erkläre(n), dass uns keine gesundheitlichen Auffälligkeiten bekannt sind, die die Ausübung des Kanusports beeinträchtigen könnten.

ja  nein\*

Weiter bestätige(n) ich/wir, dass mein/unser Kind nicht regelmäßig Medikamente einnehmen muss oder unter Allergien leidet, die die Ausübung des Kanusports beeinträchtigen.

ja  nein\*

Mein/unser Kind nimmt auch regelmäßig am Schulsport teil.

ja  nein\*

\* wenn nein, so bittet der Verein Sie um eine Erläuterung auf der Rückseite.

Mein/unser Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten bzw. Allergien:

\_\_\_\_\_

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, den Kanuverein unverzüglich zu informieren, wenn es gesundheitliche Entwicklungen gibt, durch die die Ausübung des Kanusports beeinträchtigt werden kann.

Ich stimme zu, dass **Gruppenfotos** mit meinem Kind im Internet auf den Seiten des KVMs, sowie den Seiten der Sportverbände, veröffentlicht werden dürfen.

Als Personensorgeberechtigte(r) erkläre(n) ich/wir, dass er/sie sicher schwimmen kann. Er/sie ist im Besitz des Schwimmabzeichens:

\_\_\_\_\_ erworben am \_\_\_\_\_  
(bitte die Bezeichnung des Schwimmabzeichens eintragen)

Im Notfall sind wir zu erreichen unter: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Mobil)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Festnetz)

Ort, Datum

Unterschrift/en des/der Personenberechtigten