



Probetraining Jugendliche unter 18 Jahren:

Hiermit bin ich darauf hingewiesen worden, dass die Durchführung dieses Probetrainings im ASV-ViT in der eigenen Verantwortung der Erziehungsberechtigten liegt.

Gerätetraining Kurs: _____

bei (Trainer): _____

Name, Vorname **des Kindes**

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mailadresse

Ort, Datum

Unterschrift **des Erziehungsberechtigten**

Wodurch wurdest Du auf uns aufmerksam??

Bekannte / Freunde / Homepage / Werbung / Krankenkasse

Sportliches Profil:

Bist Du regelmäßig sportlich aktiv? Ja/ Nein
Sportart: _____

Warst Du bis vor ca.2 Jahren regelmäßig sportlich aktiv? Ja/ Nein
Sportart: _____

Deine Trainingsziele: (bitte ankreuzen)

Allgemeines Gesundheitstraining, Präventionstraining, Fitnesstraining, Gewichtsregulierung, Leistungsorientiertes Training, Sport in der Gruppe, Rückentraining, Muskelaufbau.

Bitte Rückseite ausfüllen!!



Gesundheitliche Voraussetzungen:

Hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten eine ärztliche Kontrolluntersuchung? Ja/ Nein
Ergebnis: _____

Ist dabei oder in den letzten zwei Jahren ein EKG /Belastungs- EKG) durchgeführt worden? Ja/ Nein
Ergebnis: _____

Hat Ihnen der Arzt Auflagen bzgl. des Trainings gemacht? Ja/ Nein
Welcher Art? _____

Leidet Ihr Kind an Herz-Kreislauf-Erkrankungen? (z.B. Hypertonie, Herzinsuffizienz, Bypass , erhöhte Cholesterinwerte) Ja/ Nein
Welche? _____

Hat Ihr Kind Diabetes (Typ I/ II)? Ja/ Nein

Leidet Ihr Kind unter allergischem Asthma /Asthma bronchiale? Ja/ Nein
(Wenn vorhanden bitte Spray zum Training mitbringen)

Besteht eine Schilddrüsendysfunktion? Ja/ Nein
Welche? _____

Bestehen Wirbelsäulenbeschwerden/-erkrankungen? Ja/ Nein
Welche? _____

Hat Ihr Kind Gelenkbeschwerden / Arthrose / Rheuma? Ja/ Nein
Welche? _____

Sind Ihnen sonstige Erkrankungen bekannt? Ja/ Nein
Welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (insbesondere blutdrucksenkende oder andere Herz-Medikamente) ein? Ja/ Nein

Welche? _____
(Mitnahme Arztempfehlung für Eingangcheck!!)

Bestehen akute Entzündungen, Infektionen oder Verletzungen? Ja/ Nein
Welche? _____

Raucht Ihr Kind? Ja/ Nein

Ich versichere hiermit die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____