



Deutsche Lebens-Rettungs-
Gesellschaft e.V.

Ortsverband Aschaffenburg e.V.

Elternfragebogen für den Schwimmunterricht

Name des Kindes: _____

Bitte tragen Sie hier Ihre Telefonnummer und eine E-Mail Adresse ein, unter der Sie zu erreichen sind: _____

Bitte ankreuzen

Gehen Sie mit Ihrem Kind regelmäßig schwimmen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ist Ihr Kind ängstlich oder hat es Furcht vor dem Wasser?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Kann Ihr Kind bereits Schwimmbewegungen, bzw. schwimmen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Hat Ihr Kind Beschwerden oder Krankheiten, sodass Sie Bedenken an der Teilnahme am Schwimmunterricht haben? (zum Beispiel Herzbeschwerden, Allergien, Asthma, Hautprobleme, Diabetes, Epilepsie, Erkrankungen der Ohren, orthopädische Hilfen, Schwindel, ADS, ADHS, Einnahme bestimmter Medikamente) _____ _____ _____ _____ _____	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Hatte Ihr Kind eine Mittelohrentzündung oder Schäden am Trommelfell, sodass Sie Bedenken bei Tauchübungen haben?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Sollte sich am Gesundheitszustand Ihres Kindes etwas ändern, teilen Sie es uns bitte unverzüglich mit.

Ort und Datum

Unterschrift