

Fragebogen zum Ballsportprofil des Schuljahres 2024/25

(Bitte am Tag des Sichtungstrainings abgeben)

Nachname	Vorname(n) Rufname unterstreichen
Straße/Hausnummer	Telefon
PLZ / Ort	Geburtsdatum

	Ja	Nein
Betreibt Ihr Kind regelmäßig eine Sportart? Falls ja, welche?		
Ist Ihr Kind Mitglied in einem Sportverein? Falls ja, in welchem?		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig an Wettkämpfen teil? Falls ja, an welchen?		
Hat Ihr Kind bei Meisterschaften o. Ä. bereits Erfolge erzielt? Falls ja, welcher Art?		
Gehört Ihr Kind zu einer Auswahlmannschaft oder Talentfördergruppe? Falls ja, welcher?		

Unser Kind wählt verbindlich den Schwerpunkt	<input type="radio"/> <u>Basketball</u>	<input type="radio"/> <u>Handball</u>	<input type="radio"/> <u>Badminton</u>
---	---	---------------------------------------	--

Die Teilnahme am Sichtungstraining

→ am **29.05.2024 um 14:15 Uhr**

ist verpflichtend. Bitte bringen Sie die ausgefüllte ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung (beiliegend), sowie einen Schwimmfähigkeitsnachweis mit. Details zum Ablauf teilen wir Ihnen separat mit.

Bei Krankheit oder sonstiger Verhinderung geben Sie bitte schnellstmöglich im Sekretariat Bescheid.

Ich erkläre mich durch meine Unterschrift damit einverstanden, dass die umseitigen Daten zum schulinternen Gebrauch gespeichert werden. Mir ist bewusst, dass das Sportprofil für die Dauer der Erprobungsstufe verbindlich gewählt wird und dass die Anmeldung im Namen aller Erziehungsberechtigten erfolgt. Die Erhebung der Daten erfolgt auf der Grundlage der Verordnung über die Verarbeitung zugelassener Daten von Schülerinnen, Schülern und Eltern (VO-DV I vom 14.6.2007).

Datum / Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

-zur Teilnahme am Sichtungstraining für das Sportprofil des Gymnasiums Vogelsang-

Nachname	Vorname
Straße/Hausnummer	Telefon
PLZ / Ort	Geburtsdatum

O.g. Schüler:in ist sporttauglich. Es bestehen in medizinischer Hinsicht keine Bedenken bezüglich einer Teilnahme am Sichtungstraining für das Sportprofil des Gymnasiums Vogelsang.

Datum / Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes