



Personalblatt

Alle Angaben werden **vertraulich** behandelt und sind ausschliesslich für den Trainer und die medizinische Betreuungspersonen bestimmt. Die Angaben helfen bei Notfällen, z.B. bei einer notfallmässigen Konsultation bei einem Arzt oder im Spital.

| Geschlecht: | Männlich | Weiblich | Divers |
|---------------------|----------|----------|------------------------------|
| Name: | _____ | _____ | Vorname: _____ |
| Strasse: | _____ | _____ | PLZ / Ort: _____ |
| Geburtsdatum: | _____ | _____ | AHV-Nr.: _____ |
| Telefon: | _____ | _____ | Mobile-Nr. _____ |
| E-Mail: | _____ | _____ | Nationalität: _____ |
| Schule: | _____ | _____ | Klasse: _____ |
| Krankenkasse: | _____ | _____ | Unfallversicherung: _____ |
| Unfallversicherung: | _____ | _____ | Sektion / Mitglied-Nr. _____ |
| Hausarzt: | _____ | _____ | Telefon Hausarzt _____ |

Angaben der erziehungsberechtigten Personen bei minderjährigen Kindern:

| Beziehung zum Kind: | Beziehung zum Kind |
|---------------------|--------------------|
| Name: _____ | Name: _____ |
| Vorname: _____ | Vorname: _____ |
| Strasse: _____ | Strasse: _____ |
| PLZ / Ort: _____ | PLZ / Ort: _____ |
| E-Mail: _____ | E-Mail: _____ |
| Telefon: _____ | Telefon: _____ |
| Mobile: _____ | Mobile: _____ |

Ich willige ein, dass Bilder / Videos von meiner Tochter / Sohn auf den Medienplattformen vom EHC Einsiedeln sowie öffentlichen Medienanzeigen gezeigt werden dürfen.



Check-Up

Sport ist gesund. Gerade bei im Wachstum befindlichen Kindern kann aber durch Über- oder Fehlbelastungen die Gefahr von Folgeschäden bestehen. Deshalb ist eines unserer Ziele, im Off-Ice Training die Kinder vielseitig und ergänzend zum spezifischen Eishockeytraining auszubilden. Denn nur ein sportlich ausgeglichenes und vielseitig trainiertes Kind kann sich vor Verletzungen schützen. Verstehen Sie deshalb die untenstehenden Fragen in diesem Zusammenhang. Wir bitten Sie, uns eventuelle zusätzliche gesundheitliche Anliegen und wichtige Informationen in einem Gespräch mitzuteilen. Alle Ihre Angaben werden wir selbstverständlich vertraulich behandeln.

Hat ihr Kind schwerere Verletzungen des Bewegungsapparates erlitten? Wenn ja, welche

| | | | |
|-------|-------|---------------------|-------|
| Jahr: | _____ | Art der Verletzung: | _____ |
| Jahr: | _____ | Art der Verletzung: | _____ |
| Jahr: | _____ | Art der Verletzung: | _____ |

Klagt ihr Kind nach längeren Belastungen oder auch spontan über Muskelschmerzen oder Müdigkeit?

| | | | | | |
|-----------------|-----|-------|---------------------|----|------|
| Muskelschmerzen | Tag | Nacht | Wurde es abgeklärt? | Ja | Nein |
| Müdigkeit | | | Wurde es abgeklärt? | Ja | Nein |

Gibt es bei Ihrem Kind andere medizinische Gründe, die seine optimale Leistungsfähigkeit einschränken können? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus? Muss ihr Kind derzeit oder regelmässig Medikamente einnehmen?

| | | |
|--------------------|------------------|-------|
| Allergien | Wenn ja, welche: | _____ |
| Asthma | Besonderheiten: | _____ |
| andere Krankheiten | Wenn ja, welche: | _____ |

Bitte eine Kopie des ID-Ausweises für den Lizenzantrag beilegen oder per E-Mail an:

(Wichtig: in Farbe, digital und guter Qualität)



Datum

Ort

Unterschrift