



RFC THE BISHOPS ST. GALLEN

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG ZWECKS AUSÜBUNG DES RUGBYSPORTS DURCH EINE/N MINDERJÄHRIGE/N

DER/DIE UNTERZEICHNETE,

NAME	VORNAME
ADRESSE	

STIMME HIERMIT AUSDRÜCKLICH ZU, DASS MEIN SOHN/MEINE TOCHTER

NAME	VORNAME
GEBURTSDATUM	STAATSANGEHÖRIGKEIT
ADRESSE	

IM VEREIN RFC THE BISHOPS ST. GALLEN RUGBY SPIELT UND DIE STATUTEN BEFOLGT

CLUB	SAISON
------	--------

GEEIGNETHEIT

Ich bin mündlich belehrt worden und erkläre dies nachfolgend nochmals schriftlich, dass mir bekannt ist, dass Rugby eine Kontaktsportart ist. Mir ist bekannt, dass Rugby voraussetzt, dass sich das Kind in einer guten gesundheitlichen Kondition befindet. Ich versichere, das mir nichts im Rahmen seines Gesundheitszustandes bekannt ist, was gegen die Ausübung des Rugby sprechen würde. Mir ist insbesondere bekannt, dass bestimmte Krankheiten die Ausübung von Rugby ausschließen, wie zum Beispiel: Epilepsie, Veränderungen der Herzkranzgefäße, Blutungsneigungen, Herzfehler. Ich wurde auch darauf hingewiesen, dass diese Aufzählung keinesfalls abschließend ist und es auch noch weitere Krankheiten geben kann, die die Ausübung von Rugby ausschließen können. Ich bin darüber belehrt worden, dass ich in jedem Fall Krankheiten des Kindes, sollten solche vorliegen, zu offenbaren habe.

Ich erkläre weiter, dass das Kind keine Medikamente einnimmt oder nur solche Medikamente, von denen mir ärztlicherseits ausdrücklich bestätigt wurde, dass sie keinerlei negative Auswirkungen auf die Ausübung des Rugby haben.

Mir ist bekannt, dass der Club keine Haftung für Gesundheitsschäden des Kindes übernimmt.

UNFÄLLE

Für den Fall, dass ich im Falle eines Unfalls – nicht nur beim Rugby - nicht sofort erreichbar sein sollte, ermächtige ich die/den verantwortlichen Leiter resp. Club- oder Verbandsorgane, nach sorgfältiger Abwägung und ggf. Rücksprache mit den behandelnden Ärzten, alles notwendige zu tun, was diese für erforderlich halten, um eine ausreichende ärztliche und medizinische Versorgung des Kindes sicherzustellen. Ich ermächtige dazu ausdrücklich jede notwendige medizinische Abklärung, Pflege oder chirurgischen Eingriff. Ich ermächtige die Club-/ Verbandsverantwortlichen dazu, die Einlieferung des Kindes in jedem Pflegeinstitut anzuordnen, dazu die notwendigen Ein- und Auslieferungsformalitäten auszufüllen und nach erfolgter Pflege das Kind wieder in die Obhut zu nehmen, auch im Ausland, und – sofern im Ausland – die Überstellung des Kindes in die Schweiz zu organisieren.

VERSICHERUNGSSCHUTZ

Ich bestätige, dass mein Sohn/ meine Tochter über einen ausreichenden Versicherungsschutz für die Behandlung von Unfällen irgendwelcher Art – nicht nur von Rugby- Unfällen, im In- und Ausland verfügt.

ANTIDOPING

Ich habe die Anti-Doping-Erklärung von Swiss Olympic gelesen und unterzeichnet und bin damit einverstanden.

Falls mein Sohn/ meine Tochter Medikamente einnehmen müssen, kläre ich mit dem behandelnden Arzt ab, ob sich diese auf der Liste der verbotenen Substanzen der World Anti Doping Agency befinden und, sofern dies der Fall ist, informiere ich den Trainer.

Ich nehme zur Kenntnis, dass sich mein Sohn/ meine Tochter Antidoping-Kontrollen zu unterziehen hat und gebe dazu meine ausdrückliche Einwilligung.

Ich nehme zur Kenntnis dass ein Verstoß gegen Anti-Doping Vorschriften zu Sanktionen gegen meinen Sohn/ meine Tochter, insbesondere zu finanziellen Strafen führen kann, welche durch die Inhaber der elterlichen Gewalt zu bezahlen sind.

UPGRADE (ÜBERPRÜFEN FÜR DIE ANNAHME)

<input type="checkbox"/>	Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass mein Sohn/ meine Tochter auch gegen Mannschaften mit Spielern von höheren Altersklassen, insbesondere auch mit erwachsenen Spielern, spielen kann oder Trainings durchführen kann in Gruppen von Spielern von höheren Altersklassen/ erwachsenen Spielern.
--------------------------	---

BESTÄTIGUNG

ORT	DATUM	UNTERSCHRIFT
-----	-------	--------------