

Fragebogen zur Teilnahme am inklusiven Schnupperklettern für Menschen mit Behinderung

Name: _____ Alter: _____ Gewicht: _____

E-Mail Adresse: _____ Telefonnummer: _____

Gesundheitszustand und Grad der Beeinträchtigung:

· besteht eine Sinneseinschränkung: **Ja** [] **Nein** []

wenn ja, welche: _____

· besteht eine kognitive Einschränkung: **Ja** [] **Nein** []

wenn ja, welche: _____

· besteht eine körperliche Einschränkung: **Ja** [] **Nein** []

wenn ja, welche: _____

· besteht eine motorische Einschränkung: **Ja** [] **Nein** []

wenn ja, welche: _____

· werden Hilfsmittel benötigt: **Ja** [] **Nein** []

wenn ja, welche: _____

· besteht ein Anfallsleiden: **Ja** [] **Nein** []

wenn ja, wann treten Anfälle auf? _____

· bestehen Gleichgewichtsstörungen: **Ja** [] **Nein** []

wenn ja, welche: _____

· werden Medikamente benötigt: **Ja** [] **Nein** []

wenn ja, welche: _____

· Sonstiges _____

Datenschutz

Erhobene persönliche Daten im Rahmen des Schnupperkletterns werden, gemäß den Datenschutzbedingungen nach dem Kurs umgehend gelöscht.

Weitere Informationen siehe unter <https://www.dav-konstanz.de/datenschutzerklaerung>

Ort Datum _____ Unterschrift _____

Bei Minderjährigen

Ort Datum _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt es mit seiner/ihrer Unterschrift zugleich, dass ihm/ihr das Sorgerecht allein zusteht.

(Stand: 20.04.2023)