



Für die Teilnehmerin:

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ Geburtsdatum: _____
PLZ/ Ort: _____ Telefon (Mobil): _____
Email: _____

Beginn des Ruderkurses am: _____

Kontaktperson, die in einem Notfall benachrichtigt werden kann:

Vorname, Name und Telefon _____

Sie bestätigt mit ihrer Unterschrift:

- 300 m schwimmen zu können.
- eine private Haftpflichtversicherung zu haben, um eventuelle Schäden am Rudergerät zu decken.

Ort und Datum: _____ Unterschrift Teilnehmerin: _____

Für den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin:

Hiermit bestätige ich als behandelnde(r) Arzt/Ärztin, dass die obgenannte Patientin an dem Ruderkurs aus ärztlicher Sicht teilnehmen kann/darf.

Ort und Datum: _____ Unterschrift Arzt/Ärztin: _____

Falls Sie unter Strahlentherapie stehen, muss zusätzlich das Einverständnis des Radioonkologen / der Radioonkologin eingeholt werden:

Behandelnder Arzt/Ärztin Name und Vorname: _____

Spezialisierung (FMH): _____ Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____

Bitte Anmeldeformular senden an: ramer.en.rose.bs@basler-ruder-club.ch