



Beitrittserklärung

Ich erkläre mit Wirkung zum ____./____./____., den Beitritt zur DLRG.

Frau / Herr / Familie

.....
Name, Vorname Mandatsreferenznummer (wird vom Verein ausgefüllt)

.....
Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort

.....
geboren am Email-Adresse

.....
Telefon-Nr. und/oder Handy Unterschrift (bei Minderjährigen **aller** Erziehungsberechtigten!)

Ich bin bereit, die Bestrebungen der DEUTSCHEN LEBENSRETTUNGSGESELLSCHAFT (DLRG) zu unterstützen und zu fördern. Die Satzung der DLRG Bad Dürkheim-Wachenheim e.V. erkenne ich an, auf Wunsch wird mir diese ausgehändigt. Im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehende Daten dürfen ausschließlich für vereinsinterne Zwecke gespeichert werden. Der jährlich zu entrichtende Mitgliedsbeitrag ist mir bekannt. Ferner bin ich einverstanden, eventuelle Beitragserhöhungen zu akzeptieren. Der Beitragseinzug erfolgt einmal jährlich zu Beginn des Kalenderjahres. Mir ist bekannt, dass eine Kündigung der Mitgliedschaft schriftlich bis zum 30.11. eines laufenden Geschäftsjahres bei der Geschäftsstelle eingehen muss.

Wir erklären uns einverstanden, durch unsere Unterschrift, dass unser Kind seine Stimme selbstständig bei Mitgliederversammlungen abgeben kann.

Die Aufsichtspflicht der Trainer beginnt sobald sich das Mitglied zur Trainingszeit in der Schwimmhalle bei den Trainern gemeldet hat und endet direkt nach dem Training. Aus versicherungstechnischen Gründen obliegt die Aufsichtspflicht vor und nach der Trainingszeit den Erziehungsberechtigten.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass Bilder, die bei Veranstaltungen gemacht werden, auf unserer Homepage www.bad-duerkheim-wachenheim.dlrg.de, offiziellen Auftritten in sozialen Netzwerken sowie Publikationen und Flyer der Ortsgruppe veröffentlicht werden können. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir gegen die Veröffentlichung der Bilder vor Veranstaltungsbeginn beim Jugendwart oder dem Vorstand schriftlich Widerspruch einlegen kann/können.

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Ich ermächtige die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V., zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge und für alle weiteren zahlungspflichtigen Leistungen, die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers:

IBAN : BIC :

Bank:

.....
Datum, Ort Unterschrift

**DLRG Bad Dürkheim-Wachenheim e.V., Bennet Johannsen, Mühlgasse 17a, 67157 Wachenheim
– Tel. 06322/65507, Vereinigte VR Bank Kur- und Rheinpfalz e.G., IBAN: DE78 5479 0000 0010 6984 72,
BIC: GENODE61SPE, Gläubiger-Identifikationsnummer DE68ZZZ00000329224**

Jahresbeitrag:

	Passiv	Aktiv
Jugendliche bis 18 Jahre	34 Euro	56 Euro
Erwachsene	52 Euro	74 Euro
Familien	104 Euro	134 Euro

Bitte Rückseite beachten!

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG*:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen | <input type="checkbox"/> Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst |
| <input type="checkbox"/> Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA) | <input type="checkbox"/> Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung Wasserrettungsdienst | |
| <input type="checkbox"/> Strömungsrettung | <input type="checkbox"/> _____ |

Vorname und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Ich bin bereit, im oben genannten Tätigkeitsbereich der DLRG mitzuarbeiten. Mir ist bekannt, dass diese Tätigkeit mit Risiken verbunden ist. Ich bin mir bewusst, dass diese Risiken erhöht werden, wenn bei mir gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Nach Rücksprache mit meinem Arzt erkläre ich, dass ich

- ohne gesundheitliche Einschränkungen im o. g. Tätigkeitsbereich mitarbeiten kann.*
- ich nur mit folgenden ärztlichen Einschränkungen mitarbeiten kann (ggf. lege ich ein ärztliches Attest bei, in welchem Umfang ich mitarbeiten kann): *

Ich bin mir bewusst, dass ich im eigenen Interesse bei zukünftigen Erkrankungen gehalten bin, mich mit dem jeweils behandelnden Arzt zu besprechen, inwieweit die oben genannte Tätigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollte. Ich verpflichte mich, jede so bekannt gewordene Minderung der Einsatzfähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Einsatzführer, Trainer, usw.) unverzüglich unter Angabe des Umfangs der Beeinträchtigung mitzuteilen. Dieser übernimmt mit der Entgegennahme der Information die Verpflichtung, die erhaltene Information ausschließlich zu dienstlichen Zwecken zu verwenden und die Information in diesem Rahmen auch vertraulich zu behandeln.

Ergänzende Informationen zur Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Grundsätzlich wird vor der erstmaligen Selbsterklärung eine ärztliche Grunduntersuchung empfohlen. Zwischenzeitliche schwerere Erkrankungen, insbesondere der unten genannten. Arten bedürfen einer erneuten ärztlichen Untersuchung.

Möglichen Gefährdungen:

- Herz- Kreislauferkrankungen.
- Erkrankungen der Atemwege oder des Ohres.
- Asthmatiker und starke Allergiker sollten sich grundsätzlich vorher ärztlich untersuchen lassen.
- Anfallsleiden (Epilepsie o. ä.) schließen eine der oben genannten Aktivitäten grundsätzlich aus!

Die nachfolgenden Fragen sollen helfen herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme angezeigt ist. Eine mit „JA“ beantwortete Frage muss nicht zum Ausschluss von der Teilnahme führen. Sie gibt jedoch einen Hinweis darauf, dass die Sicherheit bei der Ausübung der Tätigkeit beeinträchtigt sein kann und eine ärztliche Untersuchung daher ratsam ist.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen den momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustand betreffend **für sich selbst bzw. als Sorgeberechtigter für das Kind** oder als bestellter Betreuer für die oben genannte Person mit **Ja** oder **Nein**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit Ja. Falls eine Frage (s. u.) mit **Ja** beantwortet wird, ist eine Untersuchung oder Beratung bei einem Arzt erforderlich, bevor die Tätigkeit oder Ausbildung begonnen wird.

Haben oder hatten Sie bzw. das Kind oder die oben genannte Person:

- Asthma oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?
- häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?

- eine Lungenerkrankung?
- einen Pneumothorax (Lungenriss)?
- chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes?
- Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?
- Gesundheitsprobleme bei speziellen Verhaltensweisen/Stimmungen (Depressionen)?
- Epilepsie, Anfälle oder Krämpfe? Werden Medikamente eingenommen?
- wiederholte migräneartige Kopfschmerzen. Werden Medikamente eingenommen?
- Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit?
- häufige Übelkeit durch Fahren auf dem Boot oder im Auto?
- einen Tauchunfall oder eine Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?
- chirurgische Eingriffe im Rückenbereich oder Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?
- Diabetes?
- die Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z. B. 1,5 km in 10 Min. gehen)?
- hohen Blutdruck? Werden Medikamente eingenommen?
- Herzkrankheiten?
- chirurgische Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen?
- Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?
- Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten in die Berge bzw. im Flugzeug?
- Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?
- Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?
- Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre?
- Magen-Darm-Probleme?
- übermäßigen Konsum von Medikamenten oder Alkohol?
- Probleme mit der Einnahme von Betäubungsmitteln?
- eine hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

ggf. Unterschrift des Sorgeberechtigten
bzw. des bestellten Betreuers

Diese Erklärung hat eine Gültigkeit von max. zwei Jahren und ist nach Ablauf dieser Zeit erneut abzugeben. Die Angaben sind durch die aufnehmende Gliederung vertraulich zu behandeln.

* Zutreffendes bitte ankreuzen