



Bestätigung durch den Verein zur Vorlage beim  
Fußballverband Niederrhein e.V.

Mitgliedschaft im Verein

Hiermit bestätigen wir,  
dass Herr/Frau: \_\_\_\_\_, *(Vor- und Nachname)*  
geboren am \_\_\_\_\_ *(TT/MM/JJJJ)* in unserem Verein Mitglied ist!

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum *(TT/MM/JJJJ)*

\_\_\_\_\_  
Vereinsstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gemäß BGB § 26 (Vereinsvertreter/in)



## Selbsterklärung zur gesundheitlichen Eignung

Sind Sie gesund für Sport und Lehrgänge? Bitte beantworten Sie zur Teilnahme an einem *B-Lizenz-Eignungstest* oder einer *Lizenz-Fortbildung* folgende Gesundheitsfragen. Für die Teilnahme an einem Lizenz-Ausbildungs-Lehrgang ist eine separate Sporttauglichkeitsbescheinigung Ihres behandelnden Arztes erforderlich.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse ehrlich, nach bestem Wissen und „gesundem“ Menschenverstand. Wir machen darauf aufmerksam, dass der Fußballverband Niederrhein e.V. keine Haftungen übernimmt.

Bitte kreuzen Sie *ja* oder *nein* an!

Nr.	Fragestellung	ja	nein
1	Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?		
2	Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?		
3	Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?		
4	Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt?		
5	Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnte?		
6	Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?		
7	Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rates, ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben? Grund:		

*Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet haben, sollten Sie vor der Aufnahme einer sportlichen Aktivität bitte Ihren Arzt aufsuchen. Ihre Daten werden vertraulich und im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung behandelt!*

Durch meine Unterschrift bestätige ich:

1. Ich habe alle obigen Fragen gelesen, verstanden und beantwortet.
2. Ich bin im Vorfeld der Qualifizierungsmaßnahme darüber informiert worden, dass ich eigenverantwortlich teilnehme.

Ort und Datum

Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in