



Le Locle
La Chaux-de-Fonds
2010

Institution / Institution / Istituzione

Verantw. Leiter/Moniteur resp./Istruttore responsabili
Leiter/Moniteur/Istruttore
Staff
Famillie/Famille/Famiglia

Sexe M F

Diät / Régime alimentaire / Dieta: _____

Name / Nom / Cognome

Vorname / Prénom / Nome

Adresse / Adresse / Indirizzo

PHOTO

*beiliegend
annexée
annessò*

Y N

PLZ Ort / NPA / Lieu / Luogo

Geburtsdatum / Date de naissance / Data di nascita

Tel. Privat / Natel / Tél privé / Natel

E- Mail Adresse / Adresse E-Mail

Vom verantwortlichen Leiter auszufüllen

A remplir par le moniteur responsable

Da compilare dal monitore responsabile

Ankunftszeit / Heure d'arrivée / Ora arrivo _____

Zug / Train / Treno

Ankunftszeit / Heure d'arrivée / Ora arrivo _____

ATHLET

Name/Nom/Cognome

Vorname/Prénom/Nome

Institution/Institution/Istituzione**PHOTO**beiliegend
annexée
annessoY N Männlich/Masculin Weiblich/Feminin

Geburtsdatum /Date de naissance /Data di nascita

Medizinisches Formular / Formulaire médical / Formulario medico
Formular/Formulaire/Formulario Trisomie 21Y N Y N **Behinderung
Handicap**Sehbehinderung / Visuel / Visivo Hörbehinderung / Surdité / Sordit  Rollstuhl / Faut. Roulant / Carrozzella Anderes/Autre/Altro **TRAINER**

Name/Nom/Cognome

Vorname/Prénom/Nome

Bitte Prüfungen mit einem X in der Kategorie ankreuzen

Es dürfen maximal drei Prüfungen gemeldet werden

Prüfung	C-S	C-I	B-S	B-SP	B-I	B-IP	A	A-P
Working Trail								
Dressur								
Prix Caprilli								
Team Relay								

Dressur A, Test 1

Dressur B, Test 2

Dressur C, Test 2

Sämtliche Prüfungen werden gemäss Sportleitfaden Special Olympics, Reitsportreglement ausgetragen.

Das Reglement kann unter <http://www.specialolympics.ch/deutsch/sportarten/reiten.htm> heruntergeladen werden.

Medizinisches FormularJa Nein Behinderung Sehbehinderung

Handicap

Taubheit

Rollstuhl

Muss gestossen werden

Elektronisch

Fährt selbständig

Braucht Hilfe oder Begleitung

Selbständig mit Gehhilfen

Stock

Krücken

Anderes _____

Ausrüstung**Sattel:**Englischer Western andere **Hilfen**Sitzhilfen Griffe Spezialzügel Springgerte Dressurgerte Sporen Sicherheitssteigbügel Sicherheitssteigbügel mit „Tapadero“ (vorne geschlossen)

Andere Hilfsmittel (bitte beschreiben) _____

Spezial Ausrüstung (Sattel, Zügel, Gurt, usw.) muss vom Reiter mitgebracht werden. Die Ausrüstung muss vom Veranstalter und/oder Richter genehmigt werden.

Pferdeführer und Begleitpersonen (je nach Gruppe)Reiter benötigt einen Pferdeführer für die ganze Prüfung: Reiter benötigt Pferdeführer nur für den Trab: Reiter benötigt eine Begleitperson: Reiter benötigt zwei Begleitpersonen: **Reiterliche Erfahrung und Ausbildung des Teilnehmers:**

Reitet seit: _____

Reitet/Trainiert

Täglich: _____ X Wöchentlich: _____ X Monatlich: _____ X

Teilnahme an anderen Pferdesportanlässen?

PferdeprofilKann der Reiter leicht Pferde wechseln? Ja Nein

Benötigte Pferdegrösse: _____ cm

Breite des Pferdes: Schmal _____ Normal _____ Breit _____

Darf/kann alle Ja Nein **Gangarten die vom Reiter geritten werden können:****Schritt:**Sanft: Ja Nein Keine Bewegungsvorschriften **Trab / Jog:**Sehr weich: Ja Nein Keine Bewegungsvorschriften **Galopp:**Sehr weich: Ja Nein Keine Bewegungsvorschriften **Zügelkontakt:**Leicht Ja Nein Stark Ja Nein

Special
Olympics
Switzerland

Medizinischer Status

Negative Diagnose für Instabilität des obersten Halswirbels (Atlas) (Down Syndrom):

Ja Nein

Haben der Sponsor und der Reitlehrer/Trainer einen ärztlichen Bericht?

Ja Nein

Beschreibung der eventuellen nötigen gesundheitliche Massnahmen

Bitte Erklärung bei Ja:

Hat der Reiter

Gelenkversteifungen

Ja Nein

Gelenkeinschränkungen

Ja Nein

Anfälle

Ja Nein

Asthma

Ja Nein

Braucht der Reiter Medikamente

Ja Nein

Medikamente gemäss Formular „Medizin“

Reiter die nicht leicht traben oder im Trab nicht aussitzen können, müssen einen Bericht von ihrem Arzt mit der Anmeldung einsenden, wenn sie sich für Prüfungen der Gruppen „A“ oder „B“ anmelden

Ich bestätige, dass ich die Regeln von Special Olympics gelesen und verstanden habe und dass ich mich in den geeigneten Gruppen eingeschrieben habe. Ich bestätige, dass ich dieses Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.

Unterschrift des Reiters

Datum

**Unterschrift der Betreuungsperson
(Eltern, Sozialpädagoge oder andere)**

Datum