

# Kinderschwimmfest



Jugend der Deutschen  
Lebens-Rettungs-Gesellschaft  
Ortsgruppe **Cuxhaven** e.V.

## Jugendvorstand

Am Schleusenpriel 12  
27472 Cuxhaven  
E-Mail:  
Jugendvorstand@cuxhaven.dlrg-jugend.de

Hallo liebe Kinder,

auch dieses Jahr findet wieder das **Kinderschwimmfest in Otterndorf** statt. Dieses Schreiben richtet sich an alle Mitglieder zwischen 6 und 11 Jahren, die Lust und Zeit haben in der **Mannschaftsdisziplin** zu starten.

- Abfahrt:** Am **Samstag, den 09.05.2026** treffen wir uns um **9:30 Uhr** am Bahnhof. Mit dem DLRG Bus der KVG fahren wir nach Otterndorf.
- Am **Sonntag, den 10.05.2026** werden wir gegen **11:30 Uhr** wieder am Bahnhof ankommen.
- Gepäck:** Das Gepäck wird mit einem Anhänger nach Otterndorf zur Schule gebracht.
- Wer darf mit:** Alle, die Lust und Zeit haben, zwischen 6 und 11 Jahre alt sind und mindestens 1 Bahn schwimmen können.
- Kosten:** **20,- €** pro Teilnehmer für Verpflegung (Samstag – Abendessen / Sonntagmorgen – Frühstück) und Unterkunft
- Mitzubringen:** Schlafsack, Isomatte & Kleidung für Tag- & Nacht  
separate Schwimm Tasche (Badeanzug /-Hose, Handtuch, Schwimmbrille usw.), Taschengeld,  
**Geschirr** (Becher, Teller, Messer, Gabel, Löffel)  
& was ihr sonst noch so braucht für eine Übernachtung
- Anmeldeschluss:** **Donnerstag, 09. April 2026**  
Anmeldung und Gesundheitszeugnis ausschließlich per Mail (als Foto oder Scan) an die obenstehende E-Mail-Adresse!  
Wirksam wird diese erst, wenn die Anmeldung und das Gesundheitszeugnis per Mail eingegangen sind und das Geld auf dem untenstehenden Konto gutgeschrieben ist.

Den Unkostenbeitrag in Höhe von 20,- € überweist ihr bitte unter Angabe des Verwendungszwecks:

Verwendungszweck:

**Kinderschwimmfest 2026 + Name des Teilnehmers**

DLRG OG Cuxhaven e.V.

IBAN: DE41 2415 0001 0000 1968 16

BIC: BRLADE21CUX

Für Fragen stehe ich gerne zur Verfügung :)

Henrike Wittkopf  
0152 56355755

# Anmeldung zum Kinderschwimmfest in Otterndorf 09.05. – 10.05.2026

## Teilnehmerdaten

Vorname: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefon (Erziehungsberechtigte/r): \_\_\_\_\_  
E-Mail (Erziehungsberechtigte/r): \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen, ob ihr Kind mit dem Bus hin und zurück fährt oder vorher abgeholt wird:**

- Hin- und Rückfahrt Bus
- Hinfahrt Bus / Abholung Samstagnachmittag bzw. Samstagabend in Otterndorf  
Uhrzeit: \_\_\_\_\_
- Hinfahrt Bus / Abholung Sonntagmorgen in Otterndorf  
Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Wenn wir Besonderheiten Ihres Kindes berücksichtigen sollen/müssen, dann haben Sie hier die Möglichkeit uns dies mitzuteilen.

Allergien / Medikamente usw.:

---

---

---

## Einverständniserklärung

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich zum oben genannten Ausflug an. Die **Teilnahmegebühr** wird fristgerecht überwiesen.

- Ja
- Nein

## DLRG OG Cuxhaven e.V.

IBAN: DE41 2415 0001 0000 1968 16  
BIC: BRLADE21CUX

Ich bin damit einverstanden, dass Bildaufnahmen, die während der Veranstaltung entstehen auf der Homepage der DLRG Cuxhaven e.V. sowie bei Instagram und Facebook veröffentlicht werden.

- Ja
- Nein

---

Ort, Datum

---

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

# Selbsterklärung zum Gesundheitszustand



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG\*:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deutsches Rettungsschwimmabzeichen (DRSA) Gold | <input type="checkbox"/> Ausbildung zum Signalmann                        |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung Wasserrettungsdienst            | <input type="checkbox"/> Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst    |
| <input type="checkbox"/> Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)      | <input type="checkbox"/> Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> .....  |   |

.....  
Vor- und Zuname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Anschrift

Ich bin bereit, im o.g. 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 ärztl. 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 o. g. Tätigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollte. Ich verpflichte mich, jede so bekannt gewordene Minderung der Einsatzfähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Einsatzführer, Trainer ...) 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 u. g. 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 o.g. 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 Erziehungsberechtigter für Ihr Kind mit Ja oder Nein**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit **Ja**. Falls eine Frage mit **Ja** beantwortet wird, ist eine Untersuchung oder Beratung bei einem Arzt erforderlich, bevor die Tätigkeit oder Ausbildung begonnen wird.

Hatten oder haben Sie oder Ihr Kind:

- 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 spez. 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 Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?
- chirurg. Eingriffe im Rückenbereich, 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 der Erziehungsberechtigten

**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