



# Reitprofil / Anmeldung

Das Reitprofil muss vom Coach/Trainer\*in bis 31. März 2024 ausgefüllt und an folgende Adresse retourniert werden:

[services@specialolympics.ch](mailto:services@specialolympics.ch) oder Special Olympics Switzerland, Talgut-Zentrum 17, Postfach, CH-3063 Ittigen

\*\*\*\*\*

## Reiter\*in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse und Telefonnummer von Athlet\*in oder Bezugsperson

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ausrüstung    Englisch     Western   
Alter    \_\_\_\_\_    Grösse    \_\_\_\_\_    Gewicht    \_\_\_\_\_    Männl.     Weibl.

Ich brauche ein Leihpferd:    Ja     Nein

 Gewichtsbeschränkung der Reiter\*innen bei gemieteten Pferden **75 kg.**

**Prüfungen bitte markieren** (Total zwei Prüfungen)

	C-S	B-S	C-I	B-I	A
Working Trail <small>(Englisch&amp; Western Stil)</small>	<input type="checkbox"/>				
<b>Showmanship / Vorführung an der Hand</b> <small>Englisch&amp; Western Stil</small>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dressur (nur englisch)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prix Caprilli (nur englisch)					<input type="checkbox"/>
Horsemanship <small>Englisch&amp; Western Stil</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Dressurprüfungen:**    Kat. A, Test 2 / Kat. B, Test 1 / Kat. C, Test 2

**Trainer\*in Information**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/ORT: \_\_\_\_\_

Telefon P: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Besitzt einen gültigen Basiskursausweis: Ja  Nein

Special Olympics Sportartenkurs Reiten  
absolviert: Ja  Nein

\*\*\*\*\*

**Andere Behinderungen von Athlet\*in ausser geistiger und/oder  
Lernbehinderung: (z.B. Seh- oder Hörbehinderung, etc.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Information bei Gehbehinderung**

**Rollstuhl** muss gestossen werden  Elektro  Fährt selbständig

**Braucht Hilfe oder Begleitung** Ja  Nein

**Geht selbständig mit** Gehhilfen  Stock  Krücken

**Selbständig** Ja

## **Ausrüstung**

**Sattel**                      Englisch                       Western                       andere \_\_\_\_\_

Sitzhilfen                       Griffe                       Spezial Zügel                       Springgerte

Dressurgerte                       Sporen                       Spezial Bügel                       Sicherheitssteigbügel mit „Tapadero“   
(vorne geschlossen)

Andere Hilfsmittel (bitte angeben):

---

Reiter\*in muss Spezialausrüstung (Sattel, Zügel, usw.) mitbringen. Die Ausrüstung muss vom Veranstalter\*in und/oder Richter\*in genehmigt werden.  
Sicherheitssteigbügel obligatorisch!

## **Pferdeführer\*in und Begleitpersonen (je nach Gruppe)**

Reiter/in benötigt Pferdeführer\*in für die ganze Prüfung:                      Ja

Reiter\*in benötigt Pferdeführer\*in nur für den Trab:                      Ja

Reiter\*in benötigt eine Begleitperson:                      Ja

Reiter\*in benötigt zwei Begleitpersonen:                      Ja

## **Reiterliche Erfahrung und Ausbildung von Athlet\*in:**

Reitet / Trainiert:                      Täglich                       Wöchentlich                       Monatlich

Brevet:                      Ja                       Nein                       Reitet seit: \_\_\_\_\_

Beschreiben sie eventuelle Teilnahmen an Pferdesportanlässen:

---

---

### **Pferdeprofil**

Kann Reiter\*in leicht Pferde wechseln? Ja  Nein

Breite des Pferdes: Schmal  Normal  Breit  Darf/kann alle

Benötigte Pferdegrösse \_\_\_\_\_ cm

### **Gangarten die von Reiter\*in geritten werden können**

Schritt	<input type="checkbox"/> Sanft	<input type="checkbox"/> Keine Bewegungsvorschriften
Ausgessener Trab	<input type="checkbox"/> Sehr weich	<input type="checkbox"/> Keine Bewegungsvorschriften
Trab / Jog	<input type="checkbox"/> Sehr weich	<input type="checkbox"/> Keine Bewegungsvorschriften
Leichttrab	<input type="checkbox"/> Sehr weich	<input type="checkbox"/> Keine Bewegungsvorschriften
Galopp	<input type="checkbox"/> Sehr weich	<input type="checkbox"/> Keine Bewegungsvorschriften
Zügelführung	<input type="checkbox"/> Neck Rein	<input type="checkbox"/> Direkte Zügelwirkung
Zügelkontakt	<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Stark

### **Medizinischer Status**

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

Hat der/die Veranstalter\*in oder Trainer\*in einen Ärztlichen Bericht? Ja  Nein

Bitte beschreibe eventuelle nötige gesundheitliche Massnahmen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hat der/die Reiter\*in**

Gelenkversteifungen, welche?

---

Gelenkeinschränkungen?

---

Anfälle, welche?

---

Asthma?

---

Braucht der/die Reiter\*in Medikamente? Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

---

**Achtung wenn Medikamente eingenommen werden im Medizinischen Formular ausfüllen!**

***Bitte dieses Profil mit der Anmeldung einschicken (eins pro Reiter\*in).***

*Reiter\*innen, die nicht Leichttraben oder im Trab nicht aussitzen können, müssen einen Bericht von ihrer  
Arztperson mit der Anmeldung einschicken, wenn sie sich für Prüfungen der Gruppen „A“ oder „B“ melden*

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

**Unfall- und Haftpflichtversicherung ist Sache der Teilnehmerin und des Teilnehmers.**

**Unterschriften**

Reiter\*in:

Datum:

---

Trainer\*in/Coach:

Datum:

---

Betreuungsperson:

Datum:

---

(Eltern, Sozialpädagoge oder andere)

# MEDIZIN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Bestehen gesundheitliche Einschränkungen?

BEZEICHNUNG	JA	NEIN
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheit / Fehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Penizillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wespenstich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Andere, welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vegetarisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Andere, welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente: regelmässige Benützung?							<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name des Medikamentes	Morgen		Mittag		Abend		Nacht	
	Zeit	Menge	Zeit	Menge	Zeit	Menge	Zeit	Menge

Diese Tabelle wird nur in Notfall bedient. Grundsätzlich ist der/die Betreuer\*in für die korrekte Einnahme der Medikamente verantwortlich.

Bitte geben Sie uns auch die Reservemedikamente (z. B. Im Falle eines epileptischen oder allergischen Anfalls) an:

NAME \_\_\_\_\_ DOSIS \_\_\_\_\_

BESONDERHEITEN \_\_\_\_\_

Für die Sportler\*innen mit TRISOMIE 21: haben Sie funktionelle Röntgenbilder der Halswirbelsäule gemacht?  
 JA  NEIN  **Die sind unbedingt erforderlich** für Sportarten wie: Reiten, Alpinski, Hochsprung, Fussball und Kopfsprünge ins Wasser!

**Unfall- und Haftpflichtversicherung ist Sache der Teilnehmerin und des Teilnehmers.**