



Reitprofil / Anmeldung

Das Reiterprofil muss vom Coach / Trainer:in bis spätestens Anmeldeschluss ausgefüllt und an folgende Adresse retourniert werden:

services@specialolympics.ch oder Special Olympics Switzerland, Haus des Sports, Talgut-Zentrum 27, 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 80 kg.**

Prüfungen bitte markieren (maximal drei Prüfungen)

	CS	CI
Working Trail	☐	☐
Dressur		☐
Team Relays	☐	

Dressurprüfung: Kat. C, Test 1

ACHTUNG NEUES REGLEMENT BEACHTEN!! (Link zum neuen Reglement [hier.](#))

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 ☐ Führt 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	☐ Sanft	☐ Keine Bewegungsvorschriften
Ausgesessener Trab	☐ Sehr weich	☐ Keine Bewegungsvorschriften
Trab / Jog	☐ Sehr weich	☐ Keine Bewegungsvorschriften
Leichttrab	☐ Sehr weich	☐ Keine Bewegungsvorschriften
Galopp	☐ Sehr weich	☐ Keine Bewegungsvorschriften
Zügelführung	☐ Neck Rein	☐ Direkte Zügelwirkung
Zügelkontakt	☐ Leicht	☐ 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	☐	☐
Asthma	☐	☐
Bluterkrankheit	☐	☐
Verhaltensauffälligkeit	☐	☐
Epilepsie	☐	☐
Herzkrankheit / Fehler	☐	☐
Inkontinenz	☐	☐
Allergien	☐	☐
- Penizillin	☐	☐
- Wespenstich	☐	☐
- Andere, welche ?	☐	☐
Diät	☐	☐
- Diabetes	☐	☐
- Vegetarisch	☐	☐
- Andere, welche ?	☐	☐

Medikamente: regelmässige Benützung?							☐ ja	☐ 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.