



Vollmacht zur Veranlassung einer ärztlichen Behandlung bei Minderjährigen

- U11
- U15
- U19
- Cheerleader

Hiermit bevollmächtige(n) ich/ wir

(Name(n) der/ des Sorgeberechtigten)

Wohnhaft in _____

Telefon für Notfälle _____

Als Sorgeberechtigte(r) des Kindes:

_____ geb. am

verantwortliche Person (wird vom Headcoach eingetragen):

in Eilfällen während einer Vereinsveranstaltung eine ärztliche Behandlung des Kindes zu Veranlassen.

Datum, Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten

Hausarzt: _____

Das Kind ist versichert über:

(Name Hauptversicherter)

bei:

(Krankenkasse, Versicherungsnummer)

Wichtige Informationen für den Arzt/ die Ärztin: (Allergien, OPs, Medikamente etc.)

