Notfallliste

Bitte sorgfältig in Druckbuchstaben ausfüllen

Teilnehmer/in

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ/Wohnort	Telefon

Personalien der/des Pflichtversicherten _____
(Krankenkasse mit Anschrift)

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ/Wohnort	Telefon

Im Notfall erreichbar unter
(z.B. Arbeit, Handy)
_____
_____
_____

Hausarzt
_____
(Name)
_____
(Straße)
_____
(Telefon)

Schwimmer __

Nichtschwimmer __

Ich erlaube hiermit, dass die jeweiligen Gruppenleiten Mädchen weibl. Leiter / Jungs männl. Leiter Zeckenkontrollen durchführen dürfen: _____ Entfernen dürfen_____

Ich erlaube hiermit als Erziehungsberechtigter, dass mein Sohn/Tochter an Schwimmveranstaltungen teilnehmen darf

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Mein Sohn/Tochter
- nimmt bestimmte Medikamente _____

- wenn ja wann und wie oft_____

- leidet an Allergien_____
(z.B. Heuschnupfen, Wespen, Reaktionen auf Lebensmittel usw.)

Wir bitten um ausführliche Angaben um im Notfall schnell und optimal reagieren zu können. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift