



## Allergien/ Krankheiten-Blatt

Bitte füllen Sie dieses Blatt so genau wie möglich aus,  
damit wir Ihrem Kind die bestmögliche Hilfe bieten können.

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Anschrift:

### Notfall-Nummer:

(Eltern, Großeltern, behandelnder Arzt, etc.)

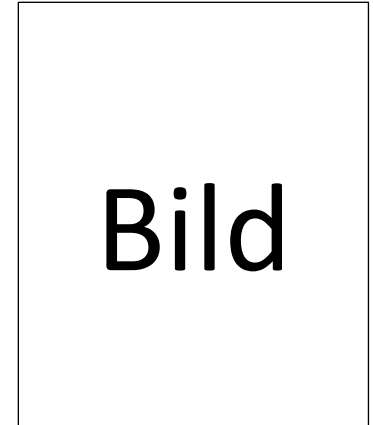
### Allergien/ Krankheiten:

Symptome:

Was ist zu tun...

...bei **leichten** Symptomen:

...bei einem **Notfall**:



### Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich, \_\_\_\_\_ (Name des Erziehungsberechtigten),  
die Betreuer/innen des Ferienspaß MTV 1846 e.V. Ludwigsb. meinem Kind die mitgebrachten und  
nötigen Medikamente bei einem **Notfall** zu verabreichen. Es ist bekannt, dass die Betreuer/innen nur  
berechtigt, aber nicht verpflichtet sind, Maßnahmen zu ergreifen. Alle Behandlungen werden nach  
besten Wissen und Gewissen durchgeführt. Grundsätzlich können Betreuer, Mitarbeiter und  
Vorstände des MTV Ludwigsb. nicht für eine fehlerhafte Vorgehensweise haftbar gemacht  
werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift