



BALL-CAMP FÜR KINDER

MTV BALL-Camp

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. Ludwigsburg 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 Ludwigsburg nicht für eine fehlerhafte Vorgehensweise haftbar gemacht
werden.

Datum, Ort

Unterschrift

Bild