



SVB Jugendabteilung

Bitte leserlich und in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen

Name, Vorname des Kindes : _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Name, Vorname eines Erziehungsberechtigten: _____

abweichende Adresse wie oben: _____

Handynummer: _____

E-Mailadresse: _____

Hat ihr Kind relevante Vorerkrankungen, wie z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie, Herzerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche ? _____

Nimmt ihr Kind diesbezüglich regelmäßig Medikamente ein ? ja nein

Wenn ja, welche ? _____

Hat ihr Kind bekannte Allergien (Insektenstiche, Pollenallergie o.ä.)? ja nein

Wenn ja, welche ? _____

Benötigt ihr Kind in diesem Fall Medikamente ? ja nein

Wenn ja, welche ? _____

NOTFALLKONTAKT der Eltern: _____

Falls einer oder mehrere der Punkte mit ja angekreuzt wurde, sollte der Trainer dringend mit den Eltern das Gespräch zu dem Thema suchen um weitere Details zu klären.

Diese Daten werden vertraulich behandelt und sind nur für den Trainer bestimmt. Es erfolgt keine digitale Speicherung der gesundheitsrelevanten Daten.