



# 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.