



**Einverständniserklärung für das AFCV BaWü U15/U17 Tryout 2016**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mein/e Sohn/Tochter muss regelmäßig

Medikamente einnehmen:

 ja nein

Name des Präparats/Dosierung:

\_\_\_\_\_

Mein/e Sohn/Tochter ist Allergiker/in:

 ja nein

Was ist zu beachten?

\_\_\_\_\_

Ich habe meine Tochter / meinen Sohn darauf aufmerksam gemacht, dass sie / er die Anweisungen der Betreuer/Trainer zu befolgen hat. Grobe Verstöße hiergegen können einen sofortigen Ausschluss von der Veranstaltung nach sich ziehen. Hierdurch entstehende Kosten (evtl. Rücktransport nach Hause) gehen zu meinen Lasten.

Die Personensorgeberechtigten sind während des Aufenthaltes in Notfällen unter folgender Adresse zu erreichen (mit Telefonnummer):

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten