

## Notfall-Vollmacht

Name des Spielers/der Spielerin: \_\_\_\_\_

Wir bitten um die nachfolgenden Angaben bitte, sofern zutreffend. Sollten keine Angaben erforderlich sein, bitte das Feld deutlich erkennbar ausstreichen:

1. Mein Kind hat folgende medizinische Einschränkungen:

---

---

2. Mein Kind nimmt folgende Medikamente ein (Eine Verantwortlichkeit der Trainer, Betreuers, Vereins bleibt in jedem Falle ausgeschlossen):

---

---

3. Mein Kind hat folgende Allergien / Unverträglichkeiten:

---

---

Ich beauftrage einen der anwesenden Trainer oder Betreuer mein Kind bei einem möglichen Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt zu betreuen und die oben gegebenen Informationen an den behandelnden Arzt weiterzugeben. Außerdem beauftrage ich die betreuende Person schnellstmöglich Kontakt zwischen der/dem/den Erziehungsberechtigten und dem behandelnden Arzt herzustellen, um eventuelle Entscheidungen über ärztliche Heileingriffe durch die Erziehungsberechtigten zu ermöglichen.

Dazu gebe ich die erforderlichen Angaben (Telefon-Nummer) bekannt.

Sollte die Kontaktaufnahme scheitern, verbleibt die Verantwortung in jedem Falle beim behandelnden Arzt.

Ich befreie hiermit die jeweiligen Verantwortlichen des TuS Wandhofen (Trainer, Betreuer) soweit gesetzlich zulässig von ihrer persönlichen Haftung für Verletzungen und Krankheiten meines Kindes, insbesondere wenn diese während des Trainings oder des Sportbetriebes eingetreten sind.

**ICH NEHME DABEI ZUR KENNTNIS, DASS MEIN KIND DURCH SPORTLICHE AKTIVITÄTEN DEM RISIKO VON DARAUS RESULTIERENDEN VERLETZUNGEN AUSGESETZT IST.**

Ich verzichte hiermit soweit gesetzlich zulässig ausdrücklich gegenüber dem TuS Wandhofen, den Trainern sowie dessen Repräsentanten und Hilfspersonen auf alle Ansprüche – gleich welcher Art – aus Schadensfällen, die im Zusammenhang mit der Teilnahme meines Kindes im Rahmen der Sportaktivitäten eintreten, es sei denn, der TuS Wandhofen bzw. die vorstehend genannten Personen handeln vorsätzlich oder grob fahrlässig.

Die Kosten der medizinischen/ärztlichen Betreuung meines Kindes trage ich.

---

Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten

---

Anschrift

---

e-mail Adresse

## Notfall-Vollmacht

---

Tel. privat, dienstlich, Mobil

Person, die bei Nichterreichen des/der Erziehungsberechtigten informiert werden muss:

---

Name, Vorname

---

Telefon-Nummern Festnetz/mobil

Ich berechtere diese Person, eventuelle Entscheidungen über medizinische Versorgung an meiner Stelle zu treffen

**ja / nein**

Ich habe die Einverständniserklärung gelesen, verstanden und erkläre mich damit einverstanden. Die erbetenen Angaben habe ich nach bestem Wissen vollständig gemacht.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten