



Einverständniserklärung

Mein Sohn/Meine Tochter/Unsere Kinder:

Name: _____

darf/dürfen am _____ teilnehmen.

Mein Kind ist bei folgender Krankenkasse versichert:

Mein Kind hat folgende Krankheiten, Allergien, Ängste, etc:

Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Mein Kind darf sich zeitweise ohne Aufsichtsperson bewegen:

☐ darf ☐ darf nicht

Mein Kind kann / darf schwimmen:

☐ darf ☐ darf nicht

Ich bin im Notfall unter folgender Adresse und Telefonnummer erreichbar:

Ich bin im Notfall damit einverstanden, dass mein Kind unverzüglich in das nächstgelegene Krankenhaus (Einrichtung) verbracht wird und dort die entsprechende Behandlung (einschließlich Operation) erhält.

Für Unfälle, die durch Ungehorsam, höhere Gewalt oder Übertretung der Anweisungen der Aufsicht führenden Personen eintreten, kann keine Verantwortung übernommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten