|  |
| --- |
|  |
| **Aktivenpass** |
| Sportlername |  |
| Kontaktperson |  |
| Adresse |  |
| Telefon Kids |  |
| Notfall-Telefonnr |  |
| Allergien |  |
| Unverträglichkeiten |  |
| Medikamente |  |
| Blutgruppe |  |
| Hausarzt |  |
| Weitere Hinweise |  |
| Heimfahrer | Nach dem Training JA / NEIN |
| KV-Nr. |  |
| Krankenversicherung |  |
| **Notruf** | **112** |
| Was? Wo? Wann? Wieviele? Wer? Warten!!! |
| **Trainer und Betreuer** |
|  |  |
|  |  |
| Hiermit bestätige/-n ich/wir, dass Trainer und Betreuer eine Erstversorgung von Wunden an meiner Tochter/meinem Sohn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Vorname, Name) durchführen dürfen.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unterschrift Erziehungsberechtigte |