

## Info- und Notfallblatt

### Kind 1:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Kind 2:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Adresse:

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon 1: \_\_\_\_\_

Telefon 2: \_\_\_\_\_

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_ Telefon 3: \_\_\_\_\_

Ich bin Mitglied der Sektion: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

### Versicherung:

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

---

### Hauptversicherter:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vater:

Mutter:

Sonstige: Erz.berechtigte/r: \_\_\_\_\_ Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

### Falls Adresse abweicht von obiger Adresse:

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

---

### Im Notfall zu verständigen:

1. Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_  
Telefon abends: \_\_\_\_\_

2. Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_  
Telefon abends: \_\_\_\_\_

3. Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_  
Telefon abends: \_\_\_\_\_

Letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_ :

Allergien/ Beschwerden: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Besondere Hinweise: \_\_\_\_\_

### Haftungshinweis:

Für Erkrankungen und Verletzungen übernehmen die durchführende Sektion und der Veranstalter keine Haftung.  
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und nehme den Haftungshinweis zur Kenntnis.

---

Datum

Name in Blockschrift

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten