

Spielerkartei

Persönliche Informationen der SpielerInnen

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Straße Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
WhatsApp: Ja / Nein

Informationen für den Notfall

Krankenversicherung und Versicherungsnummer: _____
Blutgruppe: _____
Bekannte medizinische Probleme/ Vorerkrankungen: _____
Allergien (Penicillin, Ibuprofen, Meeresfrüchte, etc.): _____
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Ja/Nein): _____
Vorsorgevollmacht vorhanden (Ja/Nein): _____
Patientenverfügung vorhanden (Ja/Nein): _____
Organspendeausweis vorhanden (Ja/Nein): _____

Kontakt zu den Eltern/ Erziehungsberechtigten

Kontaktperson 1

Name: _____ Vorname: _____
Beziehung zu SpielerIn: _____
Straße Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Handy: _____
E-Mail: _____

Kontaktperson 2

Name: _____ Vorname: _____
Beziehung zu SpielerIn: _____
Telefon: _____ Handy: _____

Die erhobenen Daten dienen ausschließlich dem Kontakt des Trainers zur SpielerIn bzw. für das medizinische Personal im Notfall und werden bei Austreten aus der Mannschaft/ dem Verein gelöscht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

