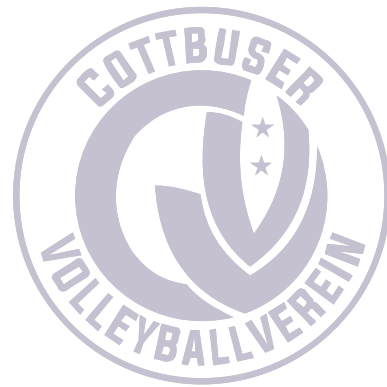


# COTTBUSER VOLLEYBALLVEREIN



## 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:  
(Hämophilie, Asthma, Kreuzbandriss, etc.) + Jahr : \_\_\_\_\_  
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

SPIELERKARTEI

