

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

