



# Turnverein Laboe e.V. von 1900...

## Abteilung Schwimmen

### Freiwillige Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Handy: \_\_\_\_\_

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?

Name: \_\_\_\_\_

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

Handy: \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an chronische Krankheiten (z. B. Asthma, etc.)?

---

Leidet Ihr Kind an Allergien?

---

Müssen Medikamente eingenommen werden bzw. bereitliegen? Wenn ja, welche?

---

Dürfen bestimmte Lebensmittel aus gesundheitlichen oder religiösen Gründen nicht verzehrt werden? Wenn ja, welche?

---

### Versicherung

Ich/Wir versichere/versichern, dass die oben stehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten