



SV Motor Meerane e.V.

- Abteilung Hockey -

FB 9 – Vollmacht zur Notfallversorgung

Sollte ein Notfall (Unfall oder plötzliche Erkrankung) bei meinem Kind eintreten, darf es ärztlich behandelt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer im Notfall: _____

Diese Vollmacht gilt für die Zeit der sportlichen Betätigung im Rahmen der Ausübung von Trainingseinheiten, Wettkämpfen und ähnlichen Veranstaltungen, einschließlich der dafür notwendigen Fahrten zum Austragungsort (Hin- und Rückfahrt), die in der Verantwortlichkeit des Vereins SV Motor Meerane e.V. stehen.

Besonderheiten (z. Bsp.: Medikamente, Allergien u.ä.):

Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf oder der Vollendung des 17. Lebensjahres.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte / -r