

Einverständniserklärung der Eltern

(bei Jugendlichen unter 18 Jahren)

Hiermit bestätige ich, dass

mein/e Sohn/Tochter _____
(Name, Vorname)

die Sportart AMERICAN FOOTBALL ausüben darf.

Des weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein/e Sohn/Tochter beim Verdacht auf Krankheit oder Verletzung ärztlich, ambulant oder stationär, untersucht und behandelt werden darf.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

P.S. Ärztliches Attest bitte nicht vergessen , muss jährlich erneuert werden .