

Einverständniserklärung

Zur medizinischen Behandlung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Bedarfsfall ein Betreuer oder eine Betreuerin des Feriencamps „Das Bunte Dorf“ mit meiner Tochter / meinem Sohn einen Arzt aufsucht und dass eine medizinische Behandlung durchgeführt wird.

Kind:

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

Versichert über

Vorname	Nachname	Versicherungsnummer
---------	----------	---------------------

Erziehungsberechtigter

Ort, Datum	Vorname, Nachname
------------	-------------------

Unterschrift