

Lichterfelder FC Berlin 1892 e.V.
Spielerbogen



Mannschaft

Saison

Name:

Vorname:

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Geburtsort:

Nationalität:

Geschlecht : Weiblich Männlich

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon Mutter:

Telefon Vater:

Mobiltelefon Mutter:

Mobiltelefon Vater:

Email Mutter:

Email Vater:

vorheriger Verein:

Sportart:

Im Notfall ist zu Informieren:

Vorname:

Nachname:

Telefon:

Handy:

Bezug zur Familie:

(z.B. Oma, Freundin)

Ich bin mit einer Röntgenuntersuchung im Notfall einverstanden:

Ja Nein

Auf welchen Positionen spielst du gerne?

Position 1

Torwart , Abwehr , Mittelfeld, Angriff

Position 2

Torwart , Abwehr , Mittelfeld, Angriff

Unser Kind ist bei folgender Krankenversicherung versichert:

Name, Vorname des Hauptversicherten

Unser Kind ist Privat versichert: Ja Nein

wenn ja, Wir verpflichten uns zur Übernahme und Zahlung entstehender Kosten: Ja Nein

Name, Anschrift und Telefon unseres Hausarztes:

Unser Kind ist geimpft gegen Tetanus am:

in letzter Zeit gegen:

Wir sind damit einverstanden, dass erforderlichenfalls notwendige Ärztliche Behandlungen durchgeführt werden: Ja Nein

Unser Kind hat folgende gesundheitliche Schäden, die besondere Rücksicht oder Maßnahmen erfordern:

Wenn ja, (wo gegen, wie oft am Tag, Wann):

Unser Kind nimmt folgende Medikamente:

Wenn ja, (wo gegen, wie oft am Tag, Wann)

Allergien

Unser Kind darf von Trainern/Betreuern bzw. anderen Elternteilen im Auto mitgenommen werden. (zum Training/ Spiel/ auf Reisen): Ja Nein

Unser Kind darf nach dem Spiel/ Training alleine nach Hause gehen/fahren: Ja Nein

Wenn nein, wer sorgt für die Abholung:

Unser Kind ist Sport gesund und wird in regelmäßigen Abständen untersucht.
Änderungen im Laufe der Saison lege ich unaufgefordert den Trainern/Betreuern vor.

Ort, Datum:

Unterschrift: _____