



## Wichtige Hinweise für den Schießsportleiter / Jugendleiter / Trainer

Unser/e mein/e Sohn/Tochter \_\_\_\_\_  
Vorname Name Geburtsdatum

leidet unter folgenden Krankheiten / Beschwerden (z.B. Asthma, Herz-Kreislaufproblemen, Allergien usw.):

---

---

---

Unser/e mein/e Sohn/Tochter nimmt folgende Medikamente:

---

---

---

Sonstige Hinweise:

---

---

---

Sollten sich Änderungen am Gesundheitszustand oder sonstige wichtige Hinweise ergeben, solange mein/e Sohn/Tochter am Sportangebot der Schützengilde Ludwigsburg 1845 e.V. teilnimmt, werden wir dies umgehend den verantwortlichen Personen im Verein mitteilen.

Ort: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift der /des Sorgeberechtigten

Hinweis gem. BDSG: Personenbezogene Daten werden EDV- mäßig erfasst.