

## **Einverständniserklärung zur medizinischen Behandlung**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Bedarfsfall ein\*e Betreuer\*in des Ferien camps „Das Bunte Dorf“ mit meiner Tochter / meinem Sohn einen Arzt aufsucht und dass eine medizinische Behandlung durchgeführt wird.

Kind:

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
SV-Nummer, Geburtsdatum

Versichert über:

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
SV-Nummer, Geburtsdatum

ErziehungsberechtigteR:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname