

**Einverständniserklärung medizinische Heileingriffe  
zur Abenteuerfreizeit der Stadt Friedrichsdorf**

Name und Vorname des Sohnes / der Tochter:

.....

Name, Vorname der/des Personensorgeberechtigten:

.....

Anschrift:

.....  
.....  
.....

• **Erreichbarkeit der Eltern/Personensorgeberechtigten**

Falls unter der oben angegebenen Telefonnummer niemand zu erreichen ist, wenden Sie sich in Notfällen an folgende Adresse (Name und Telefonnummer):

.....  
.....

**Ich willige/wir willigen ein, dass an meinem/unserem Kind ggf. erforderlich werdende medizinische Heileingriffe selbst dann vorgenommen werden, wenn mein/unser ausdrückliches vorheriges Einverständnis dazu aufgrund besonderer Umstände nicht eingeholt werden konnte.**

ja     nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten