



Bayerischer Radsportverband e.V

im Bayerischen Landessportverband e. V. und Bund Deutscher Radfahrer
Georg-Brauchle-Ring 93, 80992 München



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Für alle Trainingsmaßnahmen des Kaders 2022

Mein (e) Sohn/Tochter _____ geb. am: _____

Wohnort und Straße _____

E-Mail: _____ Handy Nr. des Kindes: _____

darf an allen Trainingsmaßnahmen teilnehmen.

Von körperlichen oder organischen Schäden bzw. Mängeln, die eine Teilnahme an Sport, Spiel, Wanderung, Bahn-, oder Busreisen nicht erlauben, ist mir nichts bekannt.

Ich habe mein Kind darauf aufmerksam gemacht, dass es die bestehenden Richtlinien und die Anordnungen der Betreuer zu befolgen hat. Grobe Verstöße hiergegen können einen sofortigen Ausschluss von der Maßnahme nach sich ziehen.

Hierdurch entstehende Kosten (eventuell Rückreise nach Hause) gehen zu meinen Lasten.

Ich bin damit einverstanden, dass sich mein Kind, nach Absprache mit den Trainern/Aufsichtspersonen in kleinen Gruppen (mind. 2 Personen) in einem abgesprochenen Zeitrahmen sowie einem festgelegten Areal frei aufhalten darf.
Nach 21:00 muss die Gruppe vollständig unter Aufsicht sein.

JA

NEIN

Die Eltern oder Vertreter sind während der obigen Maßnahme in Notfällen unter folgender Telefonnummer zu erreichen:

Ort: _____, den _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten _____

Ohne Original Einverständniserklärung ist eine Teilnahme nicht möglich !!!



Bayerischer Radsportverband e.V



im Bayerischen Landessportverband e. V. und Bund Deutscher Radfahrer
Georg-Brauchle-Ring 93, 80992 München

Reisevollmacht für Minderjährige Authorization for underage person to travel

Als gesetzliche(r) Vertreter erlaube(n) ich/wir dem/der Minderjährigen

As the legal guardian I/we authorize the underage person _____

geboren am

in

born _____

in _____

Inhaber des Personalausweises/Reisepasses Nr.

Bearer of identity card/passport number _____

ausgestellt am

in

issued (date of issue) _____

in (issuing office) _____

vom

bis

from (date) _____

to _____

von Deutschland nach

und zurück zu reisen.

to travel from Germany to _____

and back.

Der/Die Bevollmächtigte reist allein. The authorized person is permitted to travel unaccompanied.

Der/Die Bevollmächtigte reist in Begleitung von

The authorized person travels under the responsibility of _____

geboren am

in

born _____

in _____

Inhaber des Personalausweises/Reisepasses Nr.

Bearer of identity card/passport number _____

und

and _____

Inhaber des Personalausweises/Reisepasses Nr.

Bearer of identity card/passport number _____

Vater/Mutter/gesetzlicher Vormund :

Father/Mother/Legal Guradian:

Vater/Mutter/gesetzlicher Vormund :

Father/Mother/Legal Guradian:

(Name)

(Personalausweis-/Reisepass-Nr / Identity Card/passport number)

(Ort, Datum / Place, Date)

(Unterschrift / Signature)



Bayerischer Radsportverband e.V



im Bayerischen Landessportverband e. V. und Bund Deutscher Radfahrer
Georg-Brauchle-Ring 93, 80992 München

Vollmacht zur Zustimmung zu einer ärztlichen Behandlung einer/eines Minderjährigen

In seltenen Fällen kann es zu einem Notfall kommen, der einen Krankenhausaufenthalt und/oder eine Operation erforderlich macht. Da grundsätzlich keine Narkose oder Operation an einem Minderjährigen ohne die schriftliche Zustimmung der Eltern oder des Vormundes vorgenommen werden darf, werden die Eltern bzw. der Vormund gebeten, folgende Erklärung zu unterzeichnen.

Es wird jede Anstrengung unternommen werden, mit den Eltern oder dem Vormund vor einer größeren ärztlichen Behandlung Kontakt aufzunehmen.

Diese Erklärung dient dazu, einer gefährlichen Verzögerung vorzubeugen für den Fall, dass ein Notfall eintritt und die Eltern nicht erreicht werden können.

**Ich/Wir, der/die Erziehungsberechtigten von (Sportler(in) _____
einer/einem Minderjährigen,**

ermächtigen hiermit (Name des Trainers): _____

als Vertreter des/der Unterzeichnenden, einer Röntgenuntersuchung, einer Narkose, einer medizinischen oder chirurgischen Diagnose oder Behandlung oder einem Krankenhausaufenthalt zuzustimmen, falls dies auf Anraten eines praktischen Arztes oder Chirurgen dringend angebracht erscheint.

Es versteht sich von selbst, dass diese Vollmacht im voraus gegeben wird, um den oben genannten Vertreter zu ermächtigen, seine Zustimmung zu o.g. medizinischen Behandlungen zu geben, die dem Arzt nach bestem Willen und Gewissen erforderlich erscheinen.

Diese Vollmacht soll gültig sein bis 31.12.2021 , falls sie nicht vorher schriftlich widerrufen wird.

- 1. unsere Tochter/unser Sohn nimmt z.Z. folgende Medikamente 1. _____
- 2. gegen 2. _____
- 3. Dosierung/Häufigkeit 3. _____
- 4. muß folgende Diät einhalten 4. _____
- 5. hatte in jüngster Zeit eine Operation (Zeitpunkt) 5. _____
- 6. hat Allergien 6. _____
- 7. wurde gegen Tetanus geimpft am 7. _____
- 8. Sonstige Mitteilung für eine ärztliche Behandlung im Notfall 8. _____

Ort, Datum Unterschrift des Vaters: _____

Unterschrift der Mutter: _____

Unterschrift des Sportlers:
(wenn volljährig) _____



Bayerischer Radsportverband e.V

im Bayerischen Landessportverband e. V. und Bund Deutscher Radfahrer
Georg-Brauchle-Ring 93, 80992 München



AUTHORIZATION TO CONSENT TO TREATMENT OF MINOR

**(I) (We), the undersigned, parent(s) of _____,
a minor, do hereby authorize**

Name of Coach: _____

as agents for the undersigned to consent to any x-ray examination, anaesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of the physician or surgeon in charge.

It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power on the part of our aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of his best judgement may seem advisable.

This authorization shall remain effective until 12/31/2021 unless sooner revoked in writing delivered to above mentioned agent(s).

- | | |
|--|----------|
| 1. our daughter/son is presently taking the following medicine | 1. _____ |
| 2. for (symptoms) | 2. _____ |
| 3. dosage/time | 3. _____ |
| 4. is on a special diet | 4. _____ |
| 5. has had recent surgery on (date) | 5. _____ |
| 6. has allergies | 6. _____ |
| 7. had Tetanus shot on (date) | 7. _____ |
| 8. further remarks important for treatment in an emergency | 8. _____ |

place/date signature of parents _____

signature of student _____