

# Fußballsportverein Sömmerda e.V.



## Erklärung des Spielers zum Gesundheitszustand

**Spieler** \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

**gesetzl. Vertreter** (nur bei Minderjährigen) \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Der Spieler erklärt gegenüber dem FSV Sömmerda e.V., dass

1. für ihn keine persönlichen gesundheitlichen Einschränkungen zur Ausübung der sportlichen Tätigkeiten im Verein bestehen und kein Arzt eine Ausübung dieser Tätigkeiten im Verein untersagt hat.
2. Allergien / chronische Erkrankungen  
 nicht bestehen  
 wie folgt bestehen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. jegliche Änderungen der zuvor genannten Punkte 1 und 2 unverzüglich dem Verein angezeigt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Spieler (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)