

Z U S T I M M U N G

- Barcelona 2022 -



PFARREI
HL. PHILIPP DER EINSIEDLER
GÖLLHEIM

Steigstr. 7 || D-67307 Göllheim
Tel.: +49 6351-5083
Mail: pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

Hiermit stimme ich im Falle eines medizinischen Notfalls jeglicher notwendiger medizinischen Maßnahme zum Erhalt der Gesundheit und zur Rettung des

Lebens meiner Tochter / meines Sohnes _____ ZU.

Meine Tochter / mein Sohn ist geboren am _____ in _____;

und wohnt in _____ / Deutschland.
(Wohnort, Straße, Hausnummer)

Telefonnummer: _____

Hiermit ist jeder Arzt angehalten und verpflichtet alles Notwendige zu tun, um die Gesundheit meines Kindes wieder herzustellen und sein Leben zu retten.

Name der Eltern: _____

Straße: _____

Ort: _____

Nationalität: Deutsch

Telefon: _____

Göllheim, Montag, 25. Juli 2022

(Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten)



Pfarrei Göllheim
Hl. Philipp der Einsiedler

Zentrales Pfarrbüro
Steigstraße 7
D-67307 Göllheim

Tel. 06351-5083
Fax. 06351-127510
pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

A P P R O V A L

- Barcelona 2022 -



PFARREI
HL. PHILIPP DER EINSIEDLER
GÖLLHEIM

Steigstr. 7 || D-67307 Göllheim
Tel.: +49 6351-5083
Mail: pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

Herewith I agree in case of a medical emergency with any necessary medical measure to the preservation of the health and to the rescue of the life

of my daughter / my son _____

My daughter / my son is born _____ in _____;

and lives in _____ / Germany.
(Place of residence, street, house number)

Phone number: _____

Herewith is every doctor obliged all necessary to act to restore the health of my child and to save his life.

Name of parents: _____

Street: _____

City: _____

Nationality: German

Phone: _____

Göllheim, Monday, July, 25th, 2022

(Signature of a legal guardian)



Pfarrei Göllheim
Hl. Philipp der Einsiedler

Zentrales Pfarrbüro
Steigstraße 7
D-67307 Göllheim

Tel. 06351-5083
Fax. 06351-127510
pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

A P P R O B A T I O N

- Barcelona 2022 -



PFARREI
HL. PHILIPP DER EINSIEDLER
GÖLLHEIM

Steigstr. 7 || D-67307 Göllheim
Tel.: +49 6351-5083
Mail: pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

En cas d'urgence médicale, je consens par la présente à toutes les mesures médicales nécessaires pour maintenir la santé et sauver la vie de ma fille / mon fils _____.

Ma fille / mon fils est née le _____ à _____;

Et habite à _____ / Allemagne.
(lieu de résidence, rue, numéro de maison)

Numéro de téléphone: _____

Chaque médecin est par la présente exhorté et obligé de faire tout ce qui est nécessaire pour rétablir la santé de mon enfant et sauver sa vie.

Nom des parents: _____

Rue: _____

Lieu: _____

Nationalité: Allemand

Téléphoner: _____

Göllheim, lundi, 25 juillet, 2022

(signature d'un tuteur légal)



Pfarrei Göllheim
Hl. Philipp der Einsiedler

Zentrales Pfarrbüro
Steigstraße 7
D-67307 Göllheim

Tel. 06351-5083
Fax. 06351-127510
pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

A P R O B A C I Ó N

- Barcelona 2022 -



PFARREI
HL. PHILIPP DER EINSIEDLER
GÖLLHEIM

Steigstr. 7 || D-67307 Göllheim
Tel.: +49 6351-5083
Mail: pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de

En caso de una emergencia médica, por la presente doy mi consentimiento a todas las medidas médicas necesarias para mantener la salud y salvar la vida de mi hija / hijo _____.

Mi hija / hijo nació el _____ en _____

y vive en _____ / Alemania.
(residencia, calle, número de casa)

Número de teléfono: _____

Por la presente, todos los médicos están instados y obligados a hacer todo lo necesario para restaurar la salud de mi niño y salvar su vida.

Nombre de los padres: _____

Calle: _____

Residencia: _____

Nacionalidad: Alemán

Teléfono: _____

Göllheim, lunes, 25 de julio de 2022 _____
(firma de un tutor legal)



Pfarrei Göllheim
Hl. Philipp der Einsiedler
Zentrales Pfarrbüro
Steigstraße 7
D-67307 Göllheim
Tel. 06351-5083
Fax. 06351-127510
pfarramt.goellheim@bistum-speyer.de