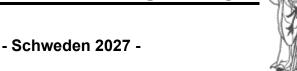
ZUSTIMMUNG



PFARREI HL. PHILIPP DER EINSIEDLER GÖLLHEIM

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

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 ______(Wohnort, Straße, Hausnummer) / Deutschland. 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, Freitag, 25. Juni 2027



(Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten)

A P P R O V A L



(Signature of a legal guardian)

PFARREI HL. PHILIPP DER EINSIEDLER GÖLLHEIM

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

- Scandinavia 2027 -

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, Friday, June, 25th, 2027

