

G e s u n d h e i t s b o g e n

Angaben des Teilnehmers

Angaben des (der) Vaters (Mutter)

Vor- und Zuname

Vor- und Zuname

Geb. Datum

Geb. Datum

Straße und Hausnr.

PLZ, Wohnort

Krankenkasse

Telefon

Mein(e) Sohn / Tochter hat folgende Krankheiten:

Folgende Anfälligkeiten / Allergien sind bekannt:
(z.B. Heuschnupfen/ Insektenstiche...)

Folgende Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden:
-Zeitangabe wenn erforderlich-
-Medikamente bitte beschriftet beim Leiter abgeben-

Mein(e) Sohn/Tochter ist ein Bettnässer ja nein

Folgende Behinderungen sind zu beachten:
(z.B. Brillenträger Zahnspange..)

Mein(e) Sohn/ Tochter hat folgende
Krankheiten gehabt:

- Windpocken
- Scharlach
- Mumps
- Diphtherie
- Masern
- Keuchhusten

Schutzimpfungen wurden vorgenommen:

- Kinderlähmung am:
- Tetanus am
- Pocken am
- Diphtherie am
- Masern am
- Keuchhusten am

Impfpass bitte abgeben ggf. Fotokopie

Ist in der Umgebung Ihres Kindes in den letzten Wochen eine Infektionskrankheit aufgetreten?

- ja nein Wenn ja, welche?

Mein(E) Sohn/Tochter kann die Bus- bzw. Bahnfahrt nicht gut vertragen!

Schwimmen:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein(e) Sohn/Tochter am Schwimmen teilnehmen darf.

- ja Schwimmer
 nein Nichtschwimmer
-

Fahrrad:

An Fahrradtouren darf mein Kind (mit einem Verkehrssicheren Fahrrad) teilnehmen ja nein

Mein Kind muß einen Fahrradhelm tragen ja nein

Hike:

An einer Hike darf mein Kind teilnehmen

- ja nein
-

Sport:

An folgenden Sportarten darf mein Kind **nicht** teilnehmen:

Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Während des Lagers sind wir unter folgender Adresse zu erreichen:
(bitte mit Telefonnr. falls die Adresse von der des Kindes abweicht.):

Mein(e) Sohn /Tochter ist Asthmatiker(in) ja nein

Bei gesundheitlichen Schäden infolge eines Asthmaanfalls entbinde ich die Leiter von jeglichen Schadensersatzforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten