

Kontakt und Gesundheitsformular



Angaben des Mitglieds

Vorname: _____

Name: _____

Angaben des Versicherten

Vorname: _____

Name: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Folgende Krankheiten sind bekannt:

Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen):

Es müssen regelmäßig folgende Medikamente eingenommen werden:
(Mitgabe von Medikamenten bitte mit dem jeweiligen Leiter besprechen!)

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, den Leitern mitzuteilen, **falls 6 Wochen vor Beginn der Fahrt in der Umgebung meines Kindes Infektionskrankheiten aufgetreten sind!**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind am Schwimmen / Baden teilnehmen darf:

Bäder: Ja Nein

Offene Gewässer: Ja Nein

Mein Kind ist Schwimmer: Ja Nein

Während des Lagers bin ich / sind wir wie folgt erreichbar:

Name: _____

Mobilnummer: _____

Geschäftlich*: _____

Name: _____

Mobilnummer: _____

Geschäftlich*: _____

* optional

Ort, Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreters)