

Mein Kind hat folgende chronische Krankheiten (außer der Blutgerinnungsstörung):

.....
.....

Mein Kind hatte in letzter Zeit folgende Operationen:

.....

Besonders zu beachten (religiöse Lebensweise, Vegetarier, ...):

.....

Notfallnummern - unter diesen Telefonnummern bin ich bei Notfällen zu erreichen:

Firma: Zeitraum:

Privat: Zeitraum:

Bitte geben sie eine bevollmächtigte Ersatzperson an, falls sie in der Zeit des Camps nicht zu erreichen sind:

Name: Verwandtschaftsverhältnis:

1. Telefon: 2. Telefon:

- Ich bin damit einverstanden, dass die Leitung im Falle einer dringenden medizinischen Behandlung stellvertretend für den Erziehungsberechtigten eventuelle Einverständniserklärungen unterzeichnet.

Schwimmen: (bitte ankreuzen)

Mein Kind ist

- Schwimmer
 Nichtschwimmer
 ungeübter Schwimmer (nur mit Schwimmhilfe)
 mein Kind darf unter Aufsicht einen Schwimmkurs machen

Ich habe das Gesundheitsblatt nach dem aktuellen Stand ausgefüllt.

.....
Name des Unterzeichnenden (in Blockschrift):

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten

Stand: 16.11.2024