



Angaben des Lagerteilnehmers

Vor- und Zuname

Geb.-Datum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Angaben der Eltern

Vor- und Zuname

Geb.-Datum

Telefonnummer

Krankenkasse

Unser Kind hatte folgende Krankheiten:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> | |

Hausarzt:

Folgende Anfälligkeiten sind bekannt:

(z.B.: Asthma, Heuschnupfen, Reiseempfindlichkeit, Medikamenten-, Lebensmittel und Pollenallergie, sonstige Allergien, Epilepsie...)

Es müssen regelmäßig folgende Medikamente eingenommen werden:

(Zeitangabe; wenn erforderlich, Medikamente beim jeweiligen Leiter abgeben)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Die Leiter sorgen für die regelmäßige Einnahme der Medikamente | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Mein Kind ist...

- | | | | |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|
| Brillenträger | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Kontaktlinsenträger | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Zahnsparngenträger | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Bettnässer | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> in extrem seltenen Fällen |

- Mein Kind hat eine Behinderung/Beeinträchtigung Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Folgende Schutzimpfungen wurden vorgenommen

- | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung am: _____ | <input type="checkbox"/> Tetanus am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Masern am: _____ | <input type="checkbox"/> Diphtherie am: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Keuchhusten am: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Hepatitis B am: _____ |

Krankenversicherungskarte und Impfpass bitte vor Antritt der Fahrt abgeben, ggf. eine Kopie!

Schwimmen

Wir erklären uns einverstanden, dass unser Kind am Schwimmen teilnehmen darf:

- | | | |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Bäder | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Offene Gewässer | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Mein Kind ist Schwimmer | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
-

Sport

An folgenden Sportarten darf unser Kind nicht teilnehmen:

Während des Lagers ist unsere (meine) Adresse wie folgt:

Heimatadresse

Vom _____ bis _____

Ferienadresse

Vom _____ bis _____

Nummer für den Notfall (mobil): _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten