

Gesundheitsbogen Firmfahrt

Name des Firmlings:

Während der Firmfahrt ist eine entscheidungsbefugte Ansprechperson unter folgender Anschrift zu erreichen:

Name/ Anschrift: _____

Telefon: _____

Wo ist das Kind krankenversichert?

Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Versicherungsnehmer _____

Geburtsdatum _____

Ist ihr Kind gegen Tatanus geimpft? Ja Nein Datum:

Leidet ihr Kind unter Allergien? Ja Nein

Welche? _____

Leidet ihr Kind an Krankheiten? Ja Nein

Welche? _____

Müssen Medikamente eingenommen werden? Ja Nein

Welche, wann, wie oft, etc. ? _____

Bitte geben Sie ggf. nennenswerte Informationen bezüglich Körper, Verhalten oder anderen Problemen des Kindes an die Leitung weiter.

Mein Kind ist Vegetarier-,in; : Ja Nein

Mein Kind hat folgendes Lebensmittelunverträglichkeiten: _____

Hiermit erteile ich meiner Tochter/ meinem Sohn die Baderlaubnis. Sie/ Er ist:

Nichtschwimmer-,in Schwimmer-,in (unsicher) Schwimmer-,in

Mit der ehrlichen Beantwortung der Fragen helfen Sie uns, Ihr Kind auf der Fahrt besser und individueller durch die Teamer-,innen betreuen zu können.

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte: _____