

Bitte Formular genau ausfüllen. Die Angaben ermöglichen uns bei Krankheit oder Unfall fachgerechtes Handeln. Die Informationen werden vertraulich behandelt und nach dem Lager zurückgegeben.

PERSONALIEN

Vorname

Name

Geburtsdatum

Adresse, PLZ Ort

Ceviname

Abteilung, Stufe

WER IST IM NOTFALL ZU KONTAKTIEREN?

Name

Handy

E-Mail

HAUSARZT

Name

Telefon

Adresse

VERSICHERUNG

Unfallversicherung

Police / Kundennr.

Krankenkasse

Police / Kundennr.

 Privat Halbprivat Allgemein**AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND**

Ist ihr Kind gesund und kann ohne Einschränkungen am Programm teilnehmen?

 Ja Nein*

*Grund?

(kürzliche Unfälle, Krankheiten)

Weitere Behandlungen vorgesehen?

SPORTLICHE BELASTBARKEIT

Ist ihr Kind normal Sportlich belastbar?

 Ja Nein*

*Grund?

SCHWIMMEN Schwimmer/in (kann 100m schwimmen) Nichtschwimmerin

KINDERSITZPFLICHT

über 1.5m gross (nein)

über 12 Jahre (nein)

Kindersitzpflichtig

ALLERGIEN

keine

Allergie gegen:

Folgen / Symptome

Medikament & Dosis

Allergie gegen:

Folgen / Symptome

Medikament & Dosis

Allergie gegen:

Folgen / Symptome

Medikament & Dosis

WEITERE KRANKHEITEN

(chronische Krankheiten, psychische Krankheiten)

NOTWENDIGE MEDIKAMENTE

Medikamente

Dosis

WEITERE BEMERKUNGEN

Impfausweis-Kopie (und falls vorhanden Allergienpasskopie) bitte beilegen.

Versicherung ist Sache des Teilnehmenden.

Ort

Datum

Unterschrift

(bei Teilnehmenden unter 16 Jahren die Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)