

Damit ihr Kind während der Ferienfreizeit von uns optimal betreut werden kann, bitten wir Sie dieses Formular sorgfältig und leserlich auszufüllen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Str.: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Notfallrufnummer: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

Nichtschwimmer  Schwimmer  Abzeichen: \_\_\_\_\_

Tetanusimpfung: Nein  Ja  Datum: : \_\_\_\_\_

Allergien: Nein  Ja  Welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Angstzustände: Nein  Ja  Situationen (z.B.Dunkelheit, Spinnen)

\_\_\_\_\_

Eigenarten oder Besonderheiten Ihres Kindes (z.B. Schlafwandler/in, „Fluchtgefahr“ usw.):

\_\_\_\_\_

Müssen Medikamente eingenommen werden? Nein  Ja

Bitte genaue Dosierung und Verabreichungshinweise (vor, beim, nach dem Essen) angeben.

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift