

Ferienfreizeit Wirftal „Alle für Einen“

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

Name: _____ Vorname: _____

Tel.: _____ Handy: _____

Notfallrufnummer: _____

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