

Ferienspiele der Gemeinde Brachtal 2017 „Beiblatt Gesundheit“



Angaben zum Kind

Vor- und Nachname: _____

Kinder- /Hausarzt

Name: _____ Telefon: _____

Name und Sitz der Krankenkasse: _____

Werden Medikamente benötigt: **Nein**, falls **JA** bitte unten genaue Angaben machen

Sind Allergien bekannt: **Nein**, falls **JA** bitte unten genaue Angaben machen

Impfung gegen Wundstarrkrampf: Ja Nein am _____

Angaben zu den erforderlichen Medikamenten:

(Die folgenden Angaben werden vertraulich behandelt und nur im Falle eines Notfalls bzw. nach Rücksprache mit dem Sorgeberechtigten verwandt.)

Mein Kind benötigt folgende Medikamente:

Soll das Medikament durch einen Betreuer verabreicht werden? Ja Nein

Was sollten wir über die Erkrankung wissen? (Verhalten im Notfall etc.)

Angaben zu vorhandenen Allergien:

(Die folgenden Angaben werden vertraulich behandelt und nur im Falle eines Notfalls bzw. nach Rücksprache mit dem Sorgeberechtigten verwandt.)

Mein Kind reagiert allergisch bei Kontakt mit:

Was sollten wir über die Allergie wissen? (Verhalten im Notfall etc.)

Datum/Unterschrift der Sorgeberechtigten:
