

Allergien und Versicherungen

Damit wir die Sicherheit aller Kinder gewährleisten können, sind wir darauf angewiesen, dass ihr dieses Formular genau und ehrlich beantwortet. All diese Informationen werden von uns natürlich vertraulich behandelt.

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Mein Kind hat eine Allergie, gesundheitliches Problem etc. JA NEIN

a. Falls JA, was genau?

2. Mein Kind braucht Medikamente? JA NEIN

a. Falls JA, hat es diese dabei? JA NEIN

b. Bitte genaue Angaben zum Medikament und deren Einnahme:

Reihenfolge Kontaktaufnahme bei Problemen/Notfällen (Name/Telefonnummer):

1. _____
2. _____
3. _____

Legt diesem Formular bitte eine Kopie der Krankenkassenkarte bei und genaue Angaben zur Unfallversicherung (allgemein/privat) / oder ob Unfall über Krankenkasse versichert ist.

Name eines Erziehungsberechtigten: _____

Datum/Unterschrift: _____