

Angaben des Lagerteilnehmers

Vor- und Zuname

Geb. Datum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Angaben der Eltern

Vor- und Zuname

Geb. Datum

Arbeitgeber

Krankenkasse

Name, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes:

Unser Kind hatte folgende Krankheiten:

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Diphtherie |

Folgende Anfälligkeiten sind bekannt:

(z.B.: Asthma, Heuschnupfen, Reiseempfindlichkeit, Medikamenten-, Lebensmittel- und Pollenallergie, sonstige Allergien, Epilepsie ...)

Folgende Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden:

(Namen des Medikaments, genaue Zeitangabe und besondere Gebrauchshinweise eintragen)

Ich informiere die Leiter vor der Abfahrt über die Medikamente und spreche mich mit Ihnen über die Medikamentengabe ab:

Unser Kind darf die Medikamente selber verwalten Nein Ja

Unser Kind darf die Medikamente selbst einnehmen Nein Ja

Die Leiter dürfen die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten verabreichen Nein Ja

Mein Kind ist

Brillenträger	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Kontaktlinsenträger	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Zahnspangenträger	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Vegetarier	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Bettnässer	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	in extrem seltenen Fällen <input type="checkbox"/>

Mein Kind hat eine Behinderung/Beeinträchtigung Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Folgende Schutzimpfungen wurden vorgenommen:

(Kopie des Impfpasses bitte vor Antritt der Fahrt abgeben)

<input type="checkbox"/> Masern am: _____	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung am: _____
<input type="checkbox"/> Tetanus am: _____	<input type="checkbox"/> Keuchhusten am: _____
<input type="checkbox"/> Diphtherie am: _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis B am: _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin die Leiter zu informieren, wenn 6 Wochen vor Fahrtbeginn in der Umgebung meines Kindes Infektionskrankheiten aufgetreten sind.

Hiermit erteile ich den Leitern die Erlaubnis, meinem Kind folgende, nicht verschreibungspflichtige Salben zu verabreichen:

Wund- und Brandsalbe bei Verletzungen Fenistil (o.ä.) bei Mückenstichen

Die Leiter dürfen bei meinem Kind eine Zecke entfernen: Nein Ja
(Hinweis: bei Auffälligkeiten wird direkt ein Arzt aufgesucht)

Sport:

An folgenden Sportarten darf unser Kind nicht teilnehmen:

Während des Lagers ist unsere (meine) Adresse wie folgt:

Heimatadresse:

Vom _____ bis _____

Ferienadresse:

Vom _____ bis _____

Ort und Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten