

Gesundheitskarte Herbstweekend 2020

Die Angaben auf diesem Blatt dienen der Lagerleitung zur Information bei unvorhergesehenen Vorkommnissen und werden vertraulich behandelt.

Versicherung ist Sache des Teilnehmers.

Bitte eine Kopie des Impfausweises beilegen

Personalien

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Telefon: _____
PLZ, Ort: _____ Geburtsdatum: _____

Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers

Name: _____ Vorname: _____
Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
Adresse: _____

Krankheiten oder Allergien, für die Ihr Kind besonders anfällig ist (z.B. Heuschnupfen, Asthma, etc.)

Muss das Kind regelmässig Medikamente einnehmen? JA NEIN

Wenn ja, welche? Wann, wie viele?

Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden? JA NEIN

Adresse des Hausarztes

Name: _____ Telefon Praxis: _____
Adresse: _____

Versicherung

Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr: _____
Unfallversicherung: _____ Versicherungs-Nr: _____

Bemerkungen oder besondere Wünsche der Eltern

Unterschrift der Eltern: _____