

Dieses Formular soll man bei der verantwortlichen Person von der Aktivität abgeben. Dieses Formular ist von den Eltern auszufüllen. Alle Daten werden vertraulich behandelt und dieses Blatt wird spätestens nach einem Jahr zerstört.

→ **Bitte eine rezente Kopie des Impfpasses beifügen.**

→ **Eine beidseitige Kopie der Krankenversicherungskarte beifügen.**

Persönliche Angaben vom Kind

Vorname	Nachname	Gruppe

Adresse (Nr, Straße)	Postleitzahl / Ortschaft

	CNS / andere:
Sozialversicherungsnummer (lux.)	Krankenkasse

Datum der letzten Impfung gegen Starrkrampf: <i>(Alle 10 Jahre soll ein Rappel vom Tetanus gemacht werden)</i>	
Medizinische Vorgeschichte (z.B. Krankheiten, Operationen, Bettnässer...):	
Allergien (Lebensmittel, Pflanzen, Tiere, Medikamente...) und eventuelle Behandlung dagegen:	
Besondere Diät, die eventuell eingehalten werden muss:	

Medikamente, die regelmäßig (z.B. jeden Tag) eingenommen werden müssen

Medikament	Dosis	morgens / mittags / abends	vor / nach dem Essen

Mein Kind kann seine Medikamente autonom einnehmen: ja Nein, die Leiter sollen dies übernehmen.

Wie kann das Kind schwimmen?	gut	nicht gut	gar nicht
Mein Kind kann an allen physischen und sportlichen Aktivitäten teilnehmen:	ja	nein	
Falls nein, welche Aktivitäten sind zu vermeiden?			

Kontaktdaten der Eltern im Notfall			
Name und Vorname		Tel.	
Name und Vorname		Tel.	

Person die werden soll, falls die Eltern nicht erreichbar sind			
Name und Vorname		Tel.	
Beziehung von dieser Person zum Kind			

Arzt der das Kind am besten kennt			
Name und Vorname		Tel.	

Weitere Bemerkungen:

Elterliche Erlaubnis:

Hiermit erlaube ich den verantwortlichen Jugendleitern, im Fall von einer Krankheit oder eines Unfalls meines Kindes, die notwendigen Maßnahmen einzuleiten, unter anderem einen Arzt ihrer Wahl aufzusuchen. Falls der Gesundheitszustand meines Kindes eine dringende Entscheidung erfordert, und ich nicht persönlich zu erreichen bin, überlasse ich dem behandelnden Arzt die Entscheidungsgewalt für jede Untersuchung, medizinische oder chirurgische Behandlung die er für nötig empfindet.

Vater / Mutter / Vormund von *

Name und Vorname

Name des Kindes

Datum

Unterschrift

* Nicht zutreffendes ausstreichen