

Die oben genannte Punkte habe ich verstanden und erteile mein Einverständnis

Medikament- und Gesundheitsangaben



Bitte weisen Sie uns auf persönliche Besonderheiten, wie Zahnschmerzen, Medikamente, Allergien, Behinderungen oder Ähnliches hin. Diese Informationen sind Voraussetzung für eine gute Betreuung und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bitte informieren Sie uns auch bei abweichenden Essensgewohnheiten Ihres Kindes wie z.B. Laktoseintoleranz, Gluten Unverträglichkeit

Information zum Teilnehmer

Name:	
Vorname:	
Geburtstag:	

Mein Kind ist Nichtschwimmer/in Schwimmer/in (unsicher) Schwimmer/in
Mein Kind ist gegen Tetanus geimpft? Ja Nein

Bei meinem Kind gibt es folgende Verhaltensauffälligkeiten:

.....
.....

Weitere Informationen:
(Interessen, Neigungen, Bettnässen, Psychische Auffälligkeiten, therapeutische Maßnahmen.....)

.....
.....

Medikamentenplan (Ausfüllen und vom Arzt unterschreiben lassen):

Mein Kind leidet an chronischen Krankheiten: nein ja, welche _____
Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen. Nein Ja
Mein Kind nimmt seine Medikamente selbständig ein: Nein Ja
Bei meinem Kind sind folgende Allergien bekannt: Keine Ja, welche _____

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Bemerkung

Allergiemedikament

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Ermächtigung der Eltern/Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir _____
(Name der Eltern/Sorgeberechtigten)

dass Zeltlagerteam / die Lagerleitung
meinem/unserem Kind _____
(Vorname und Name des Kindes)

die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten