

Medizinische Angaben der Teilnehmenden



Liebe Eltern

Wir hoffen auf ein tolles, unfallfreies Lager. Für den Notfall möchten wir jedoch gewappnet sein und bitten Sie deshalb, das folgende Formular auszufüllen. Die Angaben auf diesem Blatt werden vertraulich behandelt.

Bitte unbedingt zusammen mit einer **Kopie des Impfausweises** der Lageranmeldung beilegen!

Personalien

Name des Kindes: _____

Notfallkontakt: _____

Telefonnummern: _____

Hausarzt

Name: _____

Telefon Praxis: _____

Versicherung

Krankenkasse: _____

Krankenkassenkarten-
Nummer: (8075..) _____

Unfallversicherungen: _____

AHV-Nummer: _____

Bekannte **Allergien** (Heuschnupfen, Sonnen-, Bienenstich-, etc.)

Medikamente, die während des Lagers eingenommen werden müssen:

Besondere Hinweise an die **Küche** (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien, ...)

Gibt es sonst **Spezielles** zu beachten: (Bettnässen, häufige Kopfschmerzen,...)?

Kann die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer
schwimmen?

Ja

Nein

Dies ist meine **Einwilligung an die Leitung**, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

Ort, Datum:

Unterschrift Eltern:
