

## Medizinische Angaben der TeilnehmerInnen

Sollte eine medizinische Unterstützung nötig sein, wollen wir in jedem Fall schnell und kompetent handeln können. Bitte füllen Sie (Eltern!) dieses Formular **wahrheitsgetreu** aus und legen Sie eine **Kopie des aktuellen Impfausweises** und eine **Kopie der Krankenkassenkarte** zur Anmeldung bei. Alle Angaben werden vertraulich behandelt! **Bei Fehlen eines dieser Dokumente ist die Anmeldung nicht gültig!**

<p>(1) <b>Name und Vorname:</b> .....</p> <p>(2) <b>Geburtsdatum:</b> .....</p> <p>(3) <b>Krankheiten:</b> ..... .....</p> <p>(4) <b>Allergien:</b>    Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/> <b>Wenn Ja, welche:</b> ..... <b>Zu ergreifende Massnahmen:</b> ..... .....</p> <p>(5) <b>Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen?</b>    Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/> <b>Wenn Ja, welche:</b> .....</p> <p>(6) <b>Sonstige wichtige Informationen, Unverträglichkeiten bezüglich dem Essen:</b> ..... .....</p> <p>(7) <b>Hausarzt (Name, Adresse, Telefon):</b> ..... .....</p> <p>(8) <b>Krankenversicherung und Krankenversicherungsnummer:</b> .....</p> <p>(9) <b>Unfallversicherung:</b> .....</p>
---

Versicherung ist Sache der Teilnehmer. Das Leitungsteam übernimmt keinerlei Haftung.

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich dieses Formular vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.**

**Datum, Ort und Unterschrift eines Elternteils:**

.....