

PERSONALIEN

Name

Ceviname

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

WER IST IM NOTFALL ZU KONTAKTIEREN?

Name

Handy

E-Mail

Hausarzt

Name

Telefon

Adresse

VERSICHERUNG☐ Privat☐ Halbprivat☐ Allgemein

Unfallversicherung

Kundennr.

Krankenkasse

Kundennr.

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Ist ihr Kind gesund und kann ohne Einschränkungen am Programm teilnehmen?

☐ Ja☐ Nein*

*Grund (kürzliche Unfälle, Krankheiten)?

MEDIKAMENTE

Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin/ dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbstständig verabreichen.

☐ Ja☐ Nein**SPORTLICHE BELASTBARKEIT**

Ist ihr Kind normal sportlich belastbar?

☐ Ja☐ Nein*

*Grund

KINDERSITZPFLICHT

☐ über 1.5m gross

☐ über 12 Jahre

☐ Kindersitzpflichtig

ALLERGIEN

☐ keine

☐ Allergie gegen:

Folgen/ Symptome

Medikament & Dosis

☐ Allergie gegen:

Folgen/ Symptome

Medikament & Dosis

☐ Allergie gegen:

Folgen/ Symptome

Medikament & Dosis

WEITERE KRANKHEITEN (chronische Krankheiten, psychische Krankheiten)

NOTWENDIGE MEDIKAMENTE

☐ Medikamente

Dosis

Sollen die Medikamente durch
die Lagerleitung verabreicht
werden? ☐ Ja

☐ Nein

WEITERE BEMERKUNGEN

Impfausweiskopie (+ falls vorhanden Allergiepasskopie) bitte beilegen
Alle Teilnehmenden müssen über eine Unfallversicherung verfügen

Ort

Datum

Unterschrift

(bei Teilnehmenden unter 16: Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)
