

Vor- und Zuname des Schülers:		geb. am	
Adresse mit Postleitzahl:			
<b>Krankenkasse:</b>		VersicherungsNr:	
Name des Erziehungsberechtigten:			

**Behandelnder Arzt des Kindes**

Vor- und Zuname:	
Adresse und Postleitzahl:	
Telefon:	

**Bei Erkrankung des Kindes ist zu verständigen:**

Vor- und Zuname:	
Telefon:	

Bitte füllen Sie nachfolgende Tabelle genau aus. Für Nachteile durch unvollständige oder unrichtige Angaben wird keine Haftung übernommen !

Bitte ankreuzen	Nein	Ja	Bitte ankreuzen	Nein	Ja
<b>Impfungen</b>			<b>Verletzungen/OP</b>		
Zeckenschutzimpfung					
Tetanusimpfung (DTP) <small>genaues Datum:</small>			Brüche:		
<b>Erkrankungen</b>			Blinddarmoperation		
Mittelohrentzündung (häufig)			Mandeloperation		
Hat das Kind ein Anfallsleiden			Andere Operationen:		
Welcher Art:					
Herzleiden			Leidet das Kind an Bronchitis		
Welcher Art:			Leidet das Kind an Asthma		
Hat das Kind eine Allergie			Hat das Kind sonstige Leiden		
Wogegen ist das Kind allergisch:			Welcher Art:		
Wie äußert sich die Allergie:			Muss das Kind Medikamente nehmen: (welche; wogegen; wie oft)		
Krankheiten in letzter Zeit:			Haben Sie Medikamente mitgegeben:		

**Ich erkläre mich einverstanden, dass alle notwendigen ärztlichen Maßnahmen durchgeführt werden dürfen.**

Nur für Wintersportwochen: Ich bestätige, dass die Ausrüstung meines Kindes von einem Fachhändler überprüft wurde.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten