



# DATENBLATT



<b>Kind-Teilnehmer</b>	Zuname:		Vorname:	
	Geburtsdatum:		Geburtsort:	
	Wohnort (PLZ):		Straße:	
	Name(n) des/der Erziehungsberechtigten:			

<b>Ver-sicherter</b>	Zuname:		Vorname:	
	Geburtsdatum:		Sozialversicherungsnr.:	
	Wohnort (PLZ):		Straße:	
	Firma (Name, Adresse):			

<b>Telefon</b>	privat	Firma (Mutter)	Firma (Vater)	Mobiltelefon:	Notfall

<b>Gesundheitsteil</b>	<b>Bitte genauestens ausfüllen !!!</b>
------------------------	--

War Ihr Kind in den letzten 14 Tagen erkrankt bzw. verletzt ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welche Krankheit, Verletzung (Symptome) ?
Hat Ihr Kind chronische Leiden ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welche ?
Hat Ihr Kind Allergien ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welche ? (Anmerkungen):
Muß Ihr Kind (noch) mit Medikamenten versorgt werden ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welche, wie oft, wie lange ?
Soll sich Ihr Kind (noch) schonen ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wie ?
Mein Kind besitzt: <input type="radio"/> eine Brille <input type="radio"/> Kontaktlinsen <input type="radio"/> eine Zahnklammer		Sonstiges:
Welche Blutgruppe hat Ihr Kind ? <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> null      Resus: <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> unbekannt		

<b>Krankheiten</b>	Masern	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Jahr:	Mumps	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Jahr:
	Feuchtplattern	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Jahr:	Röteln	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Jahr:
	Keuchhusten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Jahr:	Scharlach	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Jahr:
	Diphtherie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Jahr:	Gehirnhautentzündung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Jahr:
	Mittelohrentzündung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Jahr:	Blinddarmentzündung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Jahr:
	Sonstige (Jahr):					

<b>Bei Erkrankung verständigen</b>	Zuname:		Vorname:		Telefon:	
	Wohnort (PLZ):		Straße:			

<b>Impfungen</b>	Tetanus	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Letzte Impfung am:
	FSME (Zeckenschutzimpfung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Letzte Impfung am:
	Sonstige Impfungen (Wann?):		

Geben Sie hier alle, noch so unwichtig wirkende, Einzelheiten an (z.B.: Schlafwandler, Höhenangst etc.):

<b>Schwimmkenntnisse:</b>	<input type="radio"/> sehr gut	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> schwach	<input type="radio"/> keine
---------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Für mein Kind darf jede erforderliche ärztliche Hilfeleistung durchgeführt werden.</li> <li>Falls ich für mein Kind keine gültige E-Card vor Beginn dieser Veranstaltung beim zuständigen Betreuer abgegeben habe, muss ich eventuell entstehende Arztkosten voll übernehmen.</li> <li>Ich verpflichte mich, meinem Kind keine Medikamente zu übergeben, sondern diese im Bedarfsfall dem zuständigen Betreuer originalverpackt zu übergeben.</li> <li>Bei Nichtangabe von Krankheiten bzw. chronischen Leiden meines Kindes muß ich bei Auftreten von gesundheitlichen Problemen mein Kind vorzeitig abholen bzw. die Kosten für die Heimfahrt übernehmen.</li> <li>Stornogebühren bis 30Tage vor Reiseantritt 50% 30Tage bis Reiseantritt 100%</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mein Kind darf seinem Alter gemäß und nach Einschätzung des zuständigen Betreuers, auch ohne Aufsicht, Verrichtungen des täglichen Lebens (kleine Einkäufe, Postweg, telefonieren etc.) oder altersangepaßte Tätigkeiten ausführen.</li> <li>Materielle Schäden, welche durch mein Kind verursacht werden, werden von mir bzw. durch meine Versicherung gedeckt.</li> <li>Ich habe alle Daten gewissenhaft überprüft sowie alle Punkte genau durchgelesen und garantiere bzw. hafte mit meiner Unterschrift für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.</li> <li>Ein Informationsblatt habe ich erhalten.</li> </ul> |
|--|--|

Ort, Datum	Unterschrift des Erziehungsberechtigten
------------	---