



Fragebogen zu Krankheiten, Allergien usw. des Kindes

Persönliche Angaben des / der Sorgeberechtigten

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

Email: _____

Wenn die Sorgeberechtigten nicht erreichbar, Benachrichtigung an

Name: _____ Vorname: _____

Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

Stellung zum Kind / Jugendlichen _____

Persönliche Angaben des Kindes / Jugendlichen

Name: _____ Vorname: _____

Ist eine regelmäßige Medikamenten-Einnahme notwendig? ja nein

Wenn ja, welche _____

Sind Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche _____

Andere wie oben benannte Auffälligkeiten? ja nein

Wenn ja, welche _____

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter