



Gesundheitsblatt

Name des Kindes: _____

Blutgr./Rhesusfaktor: _____

SV-Nummer/Geburtsdatum: _____ / _____

Krankenkasse: _____

Name der /des Erziehungsberechtigten, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail:

1. Mein Kind muss Medikamente nehmen?

Nein

Ja, und zwar _____

das Medikament befindet sich

beim KIND

beim LEITERTEAM

2. Mein Kind hat *Allergien* oder *starke Abneigungen*?

In Bezug auf Medikamente?

Ja, und zwar: _____

In Bezug auf Speisen, Heuschnupfen,...

Ja, und zwar: _____

3. Mein Kind wurde das letzte Mal gegen

Zecken geimpft: _____

Tetanus geimpft: _____

4. Mein Kind leidet oder litt in letzter Zeit an *Krankheiten, Störungen, Beschwerden* oder *ähnlichem*, wurde in letzter Zeit operiert?

Nein

Ja, und zwar _____

5. Mein Kind ist

geübter Schwimmer

ungeübter Schwimmer

Nichtschwimmer

6. Meinem Kind wird bei *Autobusfahrten* leicht schlecht

- Ja Nein

7. Mein Kind hatte schon folgende Kinderkrankheiten (mit Datum)?

8. Spezielle *Rücksichtnahme* auf mein Kind ist notwendig

- Nein
 Ja, und zwar _____

9. Notfalladresse:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Art der Beziehung zu meinem Kind (Verwandtschaftsgrad): _____

10. Mein Kind darf bei Bedarf in privaten PKW bei LeiterInnen auf Zwischen-transporten am Lager mitfahren. Damit werden meinem Kind unnötige Wege erspart.

- Ja
 Nein

11. Ich bin damit einverstanden, das Zecken durch die Stufenleitung entfernt werden darf.

- Ja
 Nein

12. Ergänzungen, Mitteilungen an die LeiterInnen, weitere Notfalladressen / Telefonnummern etc. bitte auf die Rückseite.

(13. Ich bin damit einverstanden das mein Kind (WIWÖ) in Zelt übernachten darf.

- Ja
 Nein)

Vollmacht:

Die Stufenleitung/Gruppenleitung meines Kindes ist berechtigt, in dringenden Fällen die Einwilligung zu notwendigen operativen Eingriffen zu geben, in Absprache aber auch bei nicht erreichen der/des Erziehungsberechtigten.

- Ich erteile diese Vollmacht
 Ich erteile diese Vollmacht an _____
 Ich erteile diese Vollmacht nicht

Datum: _____ Unterschrift: _____