



**Bitte gewissenhaft und vollständig ausfüllen und jede Seite mit dem Namen beschriften!**

Name des Kindes:.....

Geburtsdatum:.....Geschlecht:  weiblich\*  männlich\*  divers\*

Anschrift: .....

Krankenkasse:..... Versicherungsnummer:.....

Erziehungsberechtigte\*r:.....

Mobiltelefon Erziehungsberechtigte\*r 1: .....

Mobiltelefon Erziehungsberechtigte\*r 2: .....

♥ Hausarzt\*Hausärztin:

Name:.....

Adresse:.....

Telefonnummer:.....

♥ Blutgruppe (falls bekannt):.....

♥ Mein Kind ist allergisch gegen (Penicillin, Insektenstich, Pollen, etc.):

.....  
.....

♥ Wie äußert sich die Allergie?

.....  
.....  
.....

♥ Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten (Laktose, Weizenmehl etc.):

.....  
.....

♥ Mein Kind muss „Hilfsmittel“ verwenden (z.B. Zahnspange, Brille,...):

Hilfsmittel: .....

Grund:.....

Anwendung: .....

♥ Mein Kind ist:

Schwimmer\*in

Nichtschwimmer\*in

♥ Impfkartenkopie liegt:

bei

nicht bei

(wenn die Impfkartenkopie nicht beiliegt bitte folgende Tabelle ausfüllen!)

| Impfschutz             | Nein | Ja | Zeitpunkt<br>letzte Impfung | Anmerkungen |
|------------------------|------|----|-----------------------------|-------------|
| ♥ FSME (Zecken)        |      |    |                             |             |
| ♥ Tetanus              |      |    |                             |             |
| ♥ Röteln               |      |    |                             |             |
| ♥ Masern               |      |    |                             |             |
| ♥ Mumps                |      |    |                             |             |
| ♥ Keuchhusten          |      |    |                             |             |
| ♥ Hepatitis A          |      |    |                             |             |
| ♥ Hepatitis B          |      |    |                             |             |
| ♥ Diphtherie           |      |    |                             |             |
| ♥ Kinderlähmung        |      |    |                             |             |
| ♥ Gehirnhautentzündung |      |    |                             |             |

♥ Mein Kind hat folgende chronische Erkrankungen (Asthma, Bronchitis, etc.)

.....  
.....

♥ Folgendes sollten wir über das Verhalten meines Kindes wissen? (spezifische Verhaltensweisen; Verhalten in der Gruppe; Umgang mit anderen Kindern; etc.)

.....  
.....  
.....

♥ Gibt es besondere Lebensbedingungen bzw. Informationen über die aktuelle Lebenssituation des Kindes die für die Betreuung vor Ort relevant sind? (spezifische Familienumstände der jüngsten Vergangenheit wie Trennung der Eltern, Verlust einer Bezugsperson; etc.)

.....  
.....  
.....  
.....

♥ Das sollte in der Betreuung meines Kindes berücksichtigt werden? (besondere Bedürfnisse; Bettnässer\*in; Essverhalten etc.)

.....  
.....

♥ **Wenn die\*der Erziehungsberechtige\*/n nicht erreichbar ist/sind, dürfen im Notfall folgende Personen kontaktiert werden und mein Kind vom Ferientaufenthalt abholen:**

Herr\*/Frau\*: .....Mobiltelefon:.....

Herr\*/Frau\*: .....Mobiltelefon:.....

Bitte ggfs. ärztliche Verordnung auf der nächsten Seite ausfüllen!

**Bei Einnahme von Medikamenten (auch bei Allergiemedikamenten) ist der folgende Abschnitt vom behandelnden Arzt\*Ärztin auszufüllen oder eine entsprechende, aktuelle ärztliche Verordnung beizulegen! (Ohne ärztliche Verordnung werden keine Medikamente verabreicht!)**

♥ Das Kind (Name): \_\_\_\_\_ muss folgende Medikamente einnehmen:

→ **Bitte genaue Dosierung angeben!**

Medikament: .....

Grund: .....

Exakte Dosierung: .....

Medikament: .....

Grund: .....

Exakte Dosierung: .....

Medikament: .....

Grund: .....

Exakte Dosierung: .....

**Unterschrift und Stempel des\*des Arztes\*Ärztin**

Datum:.....Unterschrift/Stempel:.....

Diese Bestätigung kann auch am Tag der Anreise miteingepackt / abgegeben werden.