

Name Teilnehmende/r _____

Damit wir uns um das Wohlbefinden Ihres Kindes im Camp optimal kümmern können, bitten wir Sie, uns ausführlich über alle gesundheitlichen Besonderheiten zu informieren.

Bitte verabreichen Sie meinem Kind die Medikamente im Dokumentenumschlag.

Mein Kind behält seine Medikamente im Camp bei sich.

Bitte erinnern Sie mein Kind daran, die Medikamente einzunehmen.

Mein Kind muss nicht an die Einnahme erinnert werden.

Datum der letzten Tetanus-Impfung: _____

Name und Telefonnummer des Hausarztes meines Kindes: _____

Leidet Ihr Kind unter Allergien? Wenn ja, welche?

Bitte beschreiben Sie die Auswirkungen der Allergie(n):

Welche Vorgehensweise empfehlen Sie uns im Falle eines Auftretens?

Gesundheitliche Besonderheiten Ihres Kindes?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Wie oft und wann müssen die Medikamente eingenommen werden?

Benötigt das Medikament eine besondere Aufbewahrung?

Sonstige Bemerkungen:
