

## **Freiwillige Angaben zum Gesundheitszustand**



Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen : Mein Kind leidet an keiner Erkrankung

**Bekannte Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

(Diabetes, Allergien (Bsp.: Chlorallergie), Stoffwechselerkrankungen, organische Erkrankungen, Überempfindlichkeiten, etc. )

Tetanusimpfschutz aktuell  vorhanden  nicht vorhanden

Medikamentenunverträglichkeit : Ja  Nein

Wenn Ja welche ? \_\_\_\_\_

**Name der Medikamente, welche Ihr Kind einnehmen muss:**

(Bitte fügen Sie eine Kopie der Packungsbeilage bei !)

Nahrungsmittelunverträglichkeit : Ja  Nein

Wenn Ja welche ? \_\_\_\_\_

Telefonnummer für Notfallsituationen: \_\_\_\_\_

**Anschrift des behandelnden Arztes / Hausarzt :**

Name:

Straße:

Ort:

Tel.:

Sprechzeiten:

Mein Kind ist Schwimmer  Nichtschwimmer

**Für den Schwimmunterricht ist aufgrund des Krankheitsbildes folgendes zu beachten:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten