



Name, Vorname des Kindes:

Zurzeit behandelnder Kinderarzt/Hausarzt:

.....

Krankenkasse der Personensorgeberechtigten/Name des Versicherten:

.....

Besonderheiten des Kindes, Allergien, Medikamente, Krankheiten usw.:

.....

.....

Mein Kind kann und darf **schwimmen** ja nein

Da wir, als „Laien Helfer“ nicht berechtigt sind im Bedarfsfall Ihr Kind mit **Insektenstichsalbe** **oder Wunddesinfektionsmittel** zu behandeln, können wir solche Maßnahmen nur auf Ihren Wunsch hin durchführen.

Bitte kreuzen Sie an:

Ich möchte,

Ich möchte nicht,

dass mein Kind im Bedarfsfall mit einem hierfür geeigneten Mittel versorgt wird.

Meinem Kind dürfen bei Bedarf **homöopathische Mittel** gegeben werden

ja nein

Im Notfall bin ich / sind wir unter folgender Telefonnummer zu erreichen:

.....
Datum

.....
Unterschrift Personensorgeberechtigter