

Fragebogen Gesundheit

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Ist Ihr Kind derzeit Gesund und körperlich fit? ja/nein

2. Glauben Sie, dass die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes derzeit anderweitig beeinträchtigt ist? ja/nein

3. Hat Ihr Kind Allergien? ja/nein

wenn ja, welche _____

4. Hat Ihr Kind Asthma oder sonstige Erkrankungen der Atemwege? ja/nein

wenn ja, welche _____

5. Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente jeglicher Art? ja/nein

wenn ja, welche _____

6. Hat Ihr Kind sonstige gesundheitliche Probleme, welche in der Camp Woche zu beachten wären? ja/nein

wenn ja, welche _____

Diese Angaben dienen allein der Information für einen möglichen Notfall.

Medikamente dürfen nicht verabreicht werden.

Für eventuell in Speisen vorhandene Allergene wird keine Haftung übernommen

ERKLÄRUNG DES/DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN:

Hiermit erkläre ich, dass mein/e Sohn/Tochter körperlich gesund und sportlich voll belastbar ist. Ich gestatte das Fußballspielen unter Aufsicht. Verletzungen sowie der Weg zum/vom Veranstaltungsort sind durch die jeweiligen Versicherungen des Erziehungsberechtigten abgesichert.

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r