



MEDIZINISCHES INFODATENBLATT

ALTERSSTUFE: WIWÖ GUSP CAEX RARO

Stammdaten des Kindes

Vorname:		Geb. Datum:	
Nachname:		Telefonnr.:	
Straße:		SV-Nummer:	
Ort:		Geschwister:	

Stammdaten der Eltern / Erziehungsberechtigten (des Versicherten)

Name und SV-Nr. des Versicherten:			
Namen der Erziehungsberechtigten:			
Straße:		E-Mail:	
Ort:		Telefonnr.:	

Mein Kind ist Vegetarier/in:

☐ ja

☐ nein

Mein Kind ist

☐ Schwimmer

☐ Nicht-Schwimmer

Mein Kind leidet an folgenden Krankheiten, Allergien oder sonstigen Problemen, auf die die Leiter bitte Rücksicht nehmen sollen:

Mein Kind benötigt folgende Medikamente (was, wann, warum) :

Für den sicheren Impfschutz (Zeckenschutz, Tetanus, usw.) haben die Eltern Sorge zu tragen (bitte unbedingt Kopie des Impfpasses – auch Zeckenimpfpass – beilegen)

Ich erkläre mich bereit, falls mein Kind erkrankt, es vom Lager abzuholen oder die Kosten für den Transport (mit Begleitperson) zu übernehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil / Erziehungsberechtigte/r