



BESONDERE ANGABEN ZU IHREM KIND

Name: _____ Vorname: _____

Leidet Ihre Tochter/Ihr Sohn unter einer bestimmten Krankheit/Allergie oder anderen Beeinträchtigungen?

Ja Nein

• **Art der Krankheit/Allergie:**

• **allergieauslösender Stoff:**

• **Medikamenteneinnahme:** Ja Nein

• **Art des Medikamentes:**

• **Lagerhinweise:**

• **Einnahmezeiten:**

• **sonstige besondere Hinweise:**

Adresse und Telefonnummer des Hausarztes/behandelnden Arztes:

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Essgewohnheiten aus gesundheitlichen oder religiösen Gründen?

Ja und zwar _____

Nein

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn für gewisse Sportaktivitäten (z. B. Skifahren, Wandern, Rodeln, etc.) körperlich eingeschränkt?

Ja und zwar _____

Nein

Darf Ihre Tochter/Ihr Sohn schwimmen/baden

Ja Nein