



DATENBLATT:

Vorname

Nachname

Spitzname

Geburtsdatum

Strasse

Nummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mailadresse

KONTAKT BEI SONDERFÄLLEN #1:

Vorname

Nachname

Telefonnummer

Titel

KONTAKT BEI SONDERFÄLLEN #2:

Vorname

Nachname

Telefonnummer

Titel

BESONDERE ANGABEN:

Mein Kind hat folgende Krankheiten, auf die geachtet werden muss!

JA

NEIN

Mein Kind hat folgende Allergien, auf die geachtet werden muss!

JA

NEIN

Mein Kind muss folgende Medikamente einnehmen?

JA

NEIN

Mein Kind ist Vegetarier, oder darf sonst bestimmte Lebensmittel nicht essen?

JA

NEIN

Ich bestätige hiermit, dass mein Kind ausreichend versichert ist.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben!

Datum/Name

Unterschrift