



Deutsches  
Rotes  
Kreuz

Aus Liebe zum Menschen.

# Teilnehmer- & Gesundheitsfragebogen

Ferienmaßnahme Schwarzburg 28.07. bis 07.08.2019

DRK-GO-Landsberg e.V. \* Ladestr. 7 \* 06188 Landsberg  
Tel: 034602/979 110 \* FAX: 034602 / 40 258 \* Funk: 0177 / 213 2690  
www.drk-go-landsberg.de / info@drk-go-landsberg.de



Bitte geben Sie den Fragebogen, spätestens 4 Wochen vor Beginn der Ferienmaßnahme, zu den Sprechzeiten in unserem Büro ab.

## Teilnehmer

Vorname:  Strasse / Nr.:

Name:  PLZ / Ort:

Geboren am:  weiblich  männlich

## Sorgeberechtigter

Mutter  Vater  Beide Elternteile  Vormund

Vorname:  Strasse / Nr.:

Name:  PLZ / Ort:

Geboren am:

## im Notfall

sind Eltern oder Sorgeberechtigte zu erreichen unter:

Tel. privat:  Tel. Dienstl.:

Funk:  Sonstiges:

## Ausweichtelefon

Wer ist im Falle der Nichterreichbarkeit des Sorgeberechtigten zu benachrichtigen

Name:  Vorname:

Vewandschaftsverhältnis / Verhältnis :

Tel. privat:  Tel. Dienstl.:

Funk:  Sonstiges:

## Gesundheit

Ist Ihr Kind schon einmal alleine weggefahren? Ja  Nein

Bekommt es eventuell Heimweh? Ja  Nein

Ist es selbstständig? Ja  Nein

Ist Ihr Kind Nervös? Ja  Nein

Gibt es Situationen, die Ihrem Kind Schwierigkeiten bereiten? (z.B. Dunkelheit)

Hat Ihr Kind Allergien?: Ja  Nein  Welche?

Mein Kind ist gegen Tetanus geimpft: Ja  Nein  Wann?  Jahr

Muß Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen: Ja  Nein

Welche?

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind schon? (z.B. Mumps, Masern, Röteln)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihr Kind in den letzten 3 Monaten – vor Beginn der Maßnahme – frei von ansteckenden Krankheiten gewesen ist. (Kinderkrankheiten, Läuse, etc.) Sollte dies nicht zutreffen, bringen Sie uns bitte eine „Ferienlagertauglichkeitsbescheinigung“ mit.

<b>Haus-/Kinderarzt</b>	
Name:	Strasse / Nr.:
PLZ / Ort:	Tel.-Nr.:
<b>Zahnarzt</b>	
Name:	Strasse / Nr.:
PLZ / Ort:	Tel.-Nr.:
<b>Augenarzt (wenn nötig)</b>	
Name:	Strasse / Nr.:
PLZ / Ort:	Tel.-Nr.:
<b>Krankenversicherung</b>	
Privatversichert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Name:	Strasse / Nr.:
PLZ / Ort:	Tel.-Nr.:
<b>Über wen ist das Kind versichert?</b>	
Name:	Vorname:
<b>Was darf ihr Kind / nicht?</b>	
Badeerlaubnis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Schwimmer
Reitererlaubnis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Bogenschießen
Schwimmstufe: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Hinweis für den Betreuer</b>	
Die Vollständigkeit der Angaben ist für den Betreuer äußerst wichtig, um dem Kind bei auftretenden Schwierigkeiten wirklich helfen zu können!	
<b>Gibt es Besonderheiten im Verhalten Ihres Kindes bzw. seines Gesundheitszustandes z.B.: Reiseübelkeit, Kontaktlinsen, Hyperaktivität, Bettnässen Hörgeräte, Zahnspangen usw.</b>	
<b>Einverständnis der Sorgeberechtigten</b>	
<p>Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an allen Veranstaltungen teilnimmt, die im Rahmen der Maßnahmen auf Veranlassung der Ferienlagerleitung bzw. einer zuständigen Person durchgeführt werden.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind sich nach Absprache mit den Betreuern auch ohne Begleitung am Ferienort und bei Ausflügen in kleinen Gruppen bewegen darf.</p> <p>Mein Kind wurde darüber informiert, den Anordnungen der Betreuer Folge zu leisten.</p> <p>Unsere Betreuer werden während des Aufenthaltes Fotos von verschiedenen Aktivitäten machen.</p> <p>Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung dieser Fotos zu Werbezwecken.</p>	
<p>Bitte teilen Sie uns bei der Anreise – schriftlich – mit, ob Ihr Kind in den letzten Wochen vor Beginn der Ferienfreizeit eine Krankheit hatte, z.B. mit Antibiotika behandelt worden ist, damit wir gegebenenfalls besonders Rücksicht auf die vielleicht noch angegriffene Gesundheit Ihres Kindes nehmen können.</p> <p><b>Folgende Sachen sollten Sie bei der Anreise Ihres Kindes <b>nicht vergessen</b></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenkassen(Chip-)karte (ohne dieser Karte behandeln Ärzte nur gegen Rechnung)</li> <li>- Kopie oder Original des Impfausweises                      - Allergiepass</li> </ul>	
<p><b>Mit Ihrer Unterschrift leisten Sie Ihr Einverständnis, sowie die Inkenntnisnahme, Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.</b></p>	
Ort / Datum	Unterschrift des Sorgeberechtigten / ges. Vertreter