*Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Der Bogen wird nicht an Dritte weitergegeben und dient ausschließlich der Sicherheit und Gesundheit Ihres Kindes.*

|  |  |
| --- | --- |
| Vor-/Nachname des Kindes | Vollständiger Name |
| Adresse  | Adresse, PLZ und Wohnort |
| Geburtsdatum des Kindes | Geburtsdatum |
| Vor-/Nachname der/des Erziehungsberechtigten | Erziehungsber. 1Erziehungsber. 2 |
| Telefonnummer des/der Erziehungsberechtigten | Tel. 1Tel. 2 |
| Krankenversicherung  | KV |
| Tetanus-Impfung | [ ] ja | [ ] nein |
| Folgende Auffälligkeiten (z.B. Asthma, Heuschnupfen etc.) sind bekannt: | [ ] keine | [ ] ja Auffälligkeit |
| Bedarf es dabei an Medikamenten?Wenn ja, welche? | [ ] ja | [ ] nein |
| Mein Kind ist Allergiker und hat seinen **Allergiker-Pass** dabei: | [ ] ja | [ ] nein |
| **Allergiker.** Das Kind hat Notfallmedikamente mit einem detaillieren Dosierungsplan dabei: | [ ] ja | [ ] nein |
| Mein Kind reagiert auf folgende Lebensmittel/Substanzen **allergisch**: | Allergene |
| Mein Kind darf folgende **Lebensmittel** aus anderen Gründen nicht einnehmen:  | Nicht einzunehmende Lebensmittel |
| **Bei meinem Kind gibt es folgende Gesundheitsrisiken:**  |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | [ ] ja | [ ] nein |
| Verletzungen des **Bewegungsapparates** (Bänder, Muskeln, Zerrungen etc.). Bei ja bitte angeben welche. | [ ] ja | [ ] nein |
| Verletzungen des **Stützapparates** (Wirbelsäule, Rücken, Bandscheiben etc.) Bei ja bitte angeben welche. | [ ] ja | [ ] nein |
| **Krankenhausaufenthalte** in letzter Zeit? Bei ja: bitte angeben wann und weswegen. | [ ] jaLetzter Aufenthalt | [ ] nein |
| **Diabetes** | [ ] ja | [ ] nein |
| Müssen regelmäßig **Medikamente** eingenommen werden? Wenn ja, welche und wann? | [ ] ja | [ ] nein |
| Das Kind ist in der Lage, seine Medikamente eigenständig ohne Erinnerung einzunehmen? | [ ] ja | [ ] nein |
| **Schwimmen und Sport** |
| Mein Kind ist | [ ]  Schwimmer Abzeichen? Abzeichen | [ ]  Nichtschwimmer |
| Mein Kind darf an sportlichen Aktivitäten teilnehmen. Wenn nein, bitte Aktivitäten angeben, an denen nicht teilgenommen werden darf: | [ ] ja | [ ] nein |
| **Sonstiges, was wir über Ihr Kind wissen sollten:**  | Sonstige Informationen |
| **Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten** | Mönchengladbach, den heutiges Datum |