



Gesundheitsbogen

Bitte machen Sie folgende Angaben zu ihrem Kind:

Vor- und Nachname: _____

Bruderschaft: _____

Name der Krankenversicherung (KV): _____

Mitgliedsnummer der KV: _____

Hat ihr Kind Allergien und/ oder Lebensmittelunverträglichkeiten?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt ihr Kind Medikamente ein?

- Ja Nein

Wenn ja, welches? _____

Soll der Gruppenleiter die Medikamenteneinnahme kontrollieren?

- Ja Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Art und Weise der Medikamentengabe:

Darf ihr Kind in Kleingruppen (mind. 3 Personen) das DJT-Gelände verlassen?

- Ja Nein

Unter welcher Telefonnummer können wir Sie im Notfall erreichen?

Ort, Datum

Unterschrift erziehungsberechtigte Person