Wichtige Angaben der Erziehungsberechtigten 2018

Name unseres Kindes: _____

Schwimmen (Schwimmen ist immer beaufsichtigt)

❑ Unser Kind ist **Nichtschwimmer**

❑ Unser Kind ist **Halbschwimmer**

❑ Unser Kind ist **Schwimmer**

❑ ❑ Wir erlauben das Schwimmen/Baden.
Ja Nein

Krankheiten

Folgende Krankheiten, Allergien, Operationen o.ä. erfordern in besonderer Weise Rücksicht bzw. die Einnahme von Medikamenten. **Medikamente bitte mit Name, Dosierung und Anwendungshinweis mit dem Kuvert abgeben.**

_____

_____

❑ ❑ Es besteht eine ausreichende Tetanus-Schutzimpfung.
Ja Nein ***(Ein gültiges Impfbuch ist zur Freizeit mitzubringen)***

Urlaubsadresse

Ich/wir bin/sind in der Zeit vom _____ bis _____
unter folgender Adresse zu erreichen:

Name: _____ Telefon: _____

Ort: _____ Straße/Nr: _____

Vorzeitige Abholung > *Keine Rückfahrt im Bus* *(Nur falls zutreffend ausfüllen und vorher absprechen)*

Unser Kind wird abgeholt am _____ um _____ Uhr von: _____

Einverständniserklärung über evtl. Medikamentenverabreichung

Um bei kleineren Erkrankungen haushaltsübliche Medikamente verabreichen zu dürfen, benötigen wir ihr Einverständnis. Es kommen, wenn nötig, folgende Medikamente, die uns vom Kinderarzt empfohlen wurden, zum Einsatz (in Klammer: beispielhafte Produktnamen):

Bei Insektenstichen, Schürfwunden und bei leichtenVerbrennungen:	Fenistil Gel, Panthenol Creme (Bepanthen), Octenisept, Soventol Hydrocort 0,25%
Bei Übelkeit, Reisekrankheit und Erbrechen:	Dimenhydrinat (Vomex A)
Bei Schmerzen und Fieber:	Paracetamol Saft (Ben-u-ron), Ibuflam 4% Saft (Nurofen) ASS+C (Aspirin plus C), Paracetamol Tbl.
Bei Durchfall und Darmproblemen:	Perenterol Kapseln, Iberogast
Bei Halsschmerzen und entzündeten Mandeln:	Lemocin Lutschtabletten
Bei Verstauchungen und Prellungen:	Sportsalbe (Mobilat)
Wundverband:	Standard Pflaster, Spray-Pflaster
Sonstiges:	Japanisches Heilpflanzenöl

Zutreffendes bitte ankreuzen:

❑ Wir, die Erziehungsberechtigten, sind mit der Verabreichung der o.g. Medikamente einverstanden.

❑ Es dürfen keine Medikamente verabreicht werden, außer von einem Arzt verordnete.

❑ Folgende Medikamente dürfen nicht verabreicht werden/Bermerkungen: _____

_____

_____

_____, den _____ _____

Wir bestätigen die Richtigkeit aller Angaben: (Unterschriften der Erziehungsberechtigten)