

Wichtige Angaben der Personensorgeberechtigten 2023

Teilnehmername: _____

Urlaubsadresse der Personensorgeberechtigten

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 ausfüllen falls zutreffend und vorher absprechen)

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

Schwimmen (Schwimmen ist immer beaufsichtigt)

- Unser Kind ist **Nichtschwimmer**
 Unser Kind ist **Schwimmer** (kann sicher schwimmen)
 Wir **erlauben** das Schwimmen/Baden

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)

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):

<u>Bei Insektenstichen, Schürfwunden und bei leichten Verbrennungen:</u>	Fenistil Gel, Panthenol Creme (Bepanthen), Octenisept, Soventol Hydrocort 0,25%
<u>Bei Übelkeit, Reisekrankheit und Erbrechen:</u>	Dimenhydrinat (Vomex A)
<u>Bei Schmerzen und Fieber:</u>	Paracetamol Saft/Tabletten, Ibuprofen Saft/Tabletten
<u>Bei Durchfall und Darmproblemen:</u>	Perenterol Kapseln, Iberogast Advance
<u>Bei Halsschmerzen und entzündeten Mandeln:</u>	Dolo-Dobendan Lutschtabletten, Neoangin Lutschtabl.
<u>Bei Verstauchungen und Prellungen:</u>	Sportsalbe (Mobilat)
<u>Wundverband:</u>	Standard Pflaster, Spray-Pflaster
<u>Sonstiges:</u>	Japanisches Heilpflanzenöl

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Wir sind mit der Verabreichung der genannten, sowie ärztlich verordneter Medikamente, einverstanden.
 Es dürfen keine Medikamente verabreicht werden, außer von einem Arzt verordnete.
 Folgende Medikamente dürfen nicht verabreicht werden/Bemerkungen: _____

Wir bestätigen die Richtigkeit aller Angaben

_____, den _____

(Unterschriften der Personensorgeberechtigten)