

NOTFALLBLATT

Teilnehmer

Name: _____
Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Eltern

Ferienadresse des gesetzlichen Vertreters während des Lagers:

Tel.: _____

Arzt

Name: _____
Adresse: _____
Tel.: _____

- keine Beschwerden
 Bettnässer

Gesundheitszustand

Allergien:	Medikamente:	Verwaltung durch Leiter?	Dosis:
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
<input type="checkbox"/> Insektenstiche: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
<input type="checkbox"/> Asthma: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
<input type="checkbox"/> Lebensmittel: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
<input type="checkbox"/> Medikament: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
<input type="checkbox"/> Andere: _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Sonstige Medikamente:			
_____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
_____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
_____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

Besonderes/Bemerkungen:

Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheit? Wenn ja, an welcher?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Immunschwäche |
| <input type="checkbox"/> Chronische Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung |

Coronavirus

Wenn ja: Sprechen Sie eine Lagerteilnahme bitte mit dem (Kinder-)Arzt bzw. der (Kinder-)Ärztin ab und treffen Sie aufgrund der Absprachen eine Entscheidung zur Teilnahme.

Kontaktperson, die das Kind im Notfall während dem Lager abholen könnte:

Name: _____

Tel.: _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Lagerleitung informieren, falls Ihr Kind in den **zwei Wochen** vor dem Lager Krankheitssymptome des Coronavirus aufweisen sollte, da es in einem solchen Fall nicht am Lager teilnehmen kann.

Allgemeines

Ohne Kopie des **Impfausweises** und der **Versicherungskarte** ist das Notfallblatt **unvollständig!**

Ort, Datum, Unterschrift einer erziehungsberechtigten Person

Das Notfallblatt schicken Sie uns bitte bis **spätestens eine Woche vor Lagerbeginn** an:

Jubla Möhlin
Hauptstrasse 17
4313 Möhlin