

Wichtige Angaben zur Person:

Name des Kindes: _____

Bitte beachten Sie: Sämtliche Angaben werden von uns selbstverständlich **VERTRAULICH** behandelt und **NICHT AN DRITTE WEITERGEGEBEN!**

- Auf folgende Krankheiten, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Allergien und Behinderungen meines Kindes weise ich hin (Bitte informieren Sie uns auch über eventuell vorhandene Besonderheiten, wie z. B. Bettnässertendenzen. Dies hilft uns und für den Fall der Fälle auch Ihrem Kind.):

- Meine Tochter muss:

keine Medikamente einnehmen

regelmäßig folgende Medikamente einnehmen:

Medikament	Dosierung

Bitte geben Sie die Medikamente sowie die Medikation des Arztes bei der Kofferabgabe ab!

- Hiermit beauftrage ich die Verantwortlichen der Ferienfreizeit, meiner Tochter diese Medikamente zu verabreichen:

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

(ggf. Unterschrift des behandelnden Arztes)

- Meine / unsere Anschrift während des Ferienlagers:

eigene Anschrift	
Name:	
Vorname:	
Straße:	
Wohnort:	
Telefon:	

weitere Kontaktperson	
Name:	
Vorname:	
Straße:	
Wohnort:	
Telefon:	