

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich für folgendes Ferienprogramm an

_____	_____	_____
Ferienprogramm	vom	bis
<input type="checkbox"/> halbtags vormittags	<input type="checkbox"/> halbtags nachmittags	_____
	Preis	Geschwisterrabatt

Kontaktdaten

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Geburtsdatum	Schule/Klasse

Erziehungsberechtigter	
_____	_____
Straße/Nr	PLZ/Ort
_____	_____
Telefon privat	Telefon Arbeit

E-Mail	

- Mein Kind darf nach der Betreuung alleine nach Hause gehen
- Mein Kind wird abgeholt von _____

Angaben zur Gesundheit

Hausarzt (Name/Telefon)	

Krankenkasse/Versicherung	
_____	_____
Allergien/Krankheiten	Besondere eigene Medikamente

Folgende Medikamente dürfen meinem Kind verabreicht werden

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Desinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fenistil-Salbe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Arnika-Salbe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Weitere Informationen

Ärzte, die im Notfall aufgesucht werden

Dr. Ursula Gschwind-Rupprecht, Telefon 07661/980508
Dr. Herbert Roth, Telefon 07661/34 87

Schwimmfähigkeit sehr gut gut nur mit Hilfestellung und Absprache

_____	_____
Datum/Ort	Unterschrift des Erziehungsberechtigten