

**Teilnehmer**  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ v/o: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Eltern** (Im Notfall zu benachrichtigende Person)  
Name: \_\_\_\_\_ Ferienadresse: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Hausarzt**  
Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand**  
Krankheit: \_\_\_\_\_  
Behandlung abgeschlossen: Ja  Nein   
Medikamente (Name und Dosierung): \_\_\_\_\_  
Behandelnder Arzt (Name und Tel.): \_\_\_\_\_

**Allergien** Medikament / Bemerkungen  
 Heuschnupfen \_\_\_\_\_  
 Bienen- / Wespenstiche \_\_\_\_\_  
 Asthma bei / nach \_\_\_\_\_  
 Lebensmittel (Produkt) \_\_\_\_\_  
 Medikamente (Wirkstoff) \_\_\_\_\_  
 Anderes \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**  
(Bettnässer, Rückenleiden, Ergänzungen zu Allergien, Gesundheitszustand, ...)

**- Kopie Impfausweis beilegen!**  
**- Kopie Allergiepass! (falls vorhanden)**  
Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. Alle wichtigen Angaben zum Gesundheitszustand sind auf der Karte vermerkt.  
Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_

**Teilnehmer**  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ v/o: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Eltern** (Im Notfall zu benachrichtigende Person)  
Name: \_\_\_\_\_ Ferienadresse: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Hausarzt**  
Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand**  
Krankheit: \_\_\_\_\_  
Behandlung abgeschlossen: Ja  Nein   
Medikamente (Name und Dosierung): \_\_\_\_\_  
Behandelnder Arzt (Name und Tel.): \_\_\_\_\_

**Allergien** Medikament / Bemerkungen  
 Heuschnupfen \_\_\_\_\_  
 Bienen- / Wespenstiche \_\_\_\_\_  
 Asthma bei / nach \_\_\_\_\_  
 Lebensmittel (Produkt) \_\_\_\_\_  
 Medikamente (Wirkstoff) \_\_\_\_\_  
 Anderes \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**  
(Bettnässer, Rückenleiden, Ergänzungen zu Allergien, Gesundheitszustand, ...)

**- Kopie Impfausweis beilegen!**  
**- Kopie Allergiepass! (falls vorhanden)**  
Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. Alle wichtigen Angaben zum Gesundheitszustand sind auf der Karte vermerkt.  
Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_