

## Teilnehmerfragebogen

Leidet Ihre Tochter/Ihr Sohn unter einer bestimmten Krankheit/Allergie oder anderen Beeinträchtigungen?

- ja
- nein

- Art der Krankheit/Allergie:

\_\_\_\_\_

- Allergieauslösender Stoff:

\_\_\_\_\_

- Medikamenteneinnahme:

- ja
- nein

- Art des Medikaments:

\_\_\_\_\_

- Lagerhinweise:

\_\_\_\_\_

- Einnahmezeiten:

\_\_\_\_\_

- sonstige besondere Hinweise:

\_\_\_\_\_

Adresse und Telefonnummer des Hausarztes/behandelnden Arztes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Essgewohnheiten aus gesundheitlichen oder religiösen Gründen?

- Ja, und zwar
- Nein

Ist Ihre Tochter / Ihr Sohn für gewisse Sportaktivitäten (z.B. Skifahren, Wandern, Rodeln etc.) körperlich eingeschränkt?



- Ja, und zwar
- Nein

Darf Ihr Sohn/Ihre Tochter schwimmen/baden?

- Ja
- Nein

### Erreichbarkeit in Notfällen

Schüler\*in: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer Erziehungsberechtigte\*r: \_\_\_\_\_

Weitere Ansprechpartner:

\_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärung**

Ich gebe mein Einverständnis, dass meiner Tochter / meinem Sohn bei Bedarf die notwendige ärztliche Versorgung erbracht werden darf. Die Tage der Klassenfahrt gelten als Unterrichtstage und sind für alle Schüler verbindlich.

\_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter)