Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Leidet Ihr Kind an einer bestimmten Krankheit, Allergie oder sonstigen Beeinträchtigung:**

ja: nein:

* Art/Name der Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nahrungsunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ist Ihr Kind auf Medikamente angewiesen:**

ja: nein:

* Art/Name des Medikamentes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Einnahmezeiten / Dosierung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Name / Telefonnummer Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hat Ihr Kind spezielle Essgewohnheiten (aus religiösen, gesundheitlichen oder persönlichen Gründen)**

ja: nein:

* wenn „ja“ bitte beachten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nahrungsunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kann Ihr Kind schwimmen?

ja: nein:

Darf Ihr Kind während der Klassenfahrt schwimmen?

ja: nein:

Erreichbarkeit in Notfällen

* Name der Kontaktperson: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Adresse der Kontaktperson: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Telefonnummer Festnetz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_