

Allergien- und Versicherungskarte

Teilnehmer:

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ, Ort _____
Tel. Nr. _____
Geb.-Datum _____

Ist wie folgt versichert:

Unfallversicherung

Name _____
Ort _____
Vers.-Nr. _____

Krankenkasse

Name _____
Ort _____
Vers.-Nr. _____

Gesundheitszustand

Krankheiten _____
Allergien _____
Medikamente _____

Haftpflichtversicherung

Name _____
Ort _____
Vers.-Nr. _____

Adresse der Eltern während dem Lager:

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ, Ort _____
Tel. Nr. _____
Mobile _____

Hausarzt

Name _____
Ort _____
Tel.-Nr. _____

- Schwimmer
- Darf mit Flügeli ins tiefe Wasser (unter Aufsicht)
- Nichtschwimmer

Bemerkungen (Bettnässer, Schlafwandler, ...)

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

Allergien- und Versicherungskarte

Teilnehmer:

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ, Ort _____
Tel. Nr. _____
Geb.-Datum _____

Ist wie folgt versichert:

Unfallversicherung

Name _____
Ort _____
Vers.-Nr. _____

Krankenkasse

Name _____
Ort _____
Vers.-Nr. _____

Gesundheitszustand

Krankheiten _____
Allergien _____
Medikamente _____

Haftpflichtversicherung

Name _____
Ort _____
Vers.-Nr. _____

Adresse der Eltern während dem Lager:

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ, Ort _____
Tel. Nr. _____
Mobile _____

Hausarzt

Name _____
Ort _____
Tel.-Nr. _____

- Schwimmer
- Darf mit Flügel ins tiefe Wasser (unter Aufsicht)
- Nichtschwimmer

Bemerkungen (Bettnässer, Schlafwandler, ...)

Ort und Datum _____

Unterschrift _____