

John-F.-Kennedy-Schule
Fachbereich Sport

Bitte füllen Sie diese Erklärung sorgfältig aus und geben Sie sie bitte zusammen mit der Anmeldung bis zum 01. Dezember an den Sportlehrer/ die Sportlehrerin Ihres Kindes zurück. Vielen Dank.

GESUNDHEITSERKLÄRUNG zur Skireise der 8. Jahrgangsstufe

Name des Schülers / der Schülerin: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Wohnanschrift: _____

Wohnanschrift des Erziehungsberechtigten: _____

Unter welchen Telefonnummern sind Erziehungsberechtigte in Notfällen JEDERZEIT zu erreichen? _____

Bei welcher Krankenkasse ist das Kind versichert? _____

Ansprechpartner bei ggf. entstehenden Arzt- oder Krankenhauskosten: _____

Mein Kind ist geimpft gegen Wundstarrkrampf (Tetanus).

☐ Nein.

☐ Ja.

Datum der letzten Impfung: Tetanus _____

Geben Sie bitte den Impfpass/ Impfnachweis des Kindes mit auf die Reise!

Bestehen Allergien (*auch Reisekrankheit angeben*)? _____

Sind besondere gesundheitliche Aspekte zu beachten (Krankheiten, Verletzungen, Operationen etc.)? _____

Mein Kind muss Medikamente einnehmen.

☐ Nein.

☐ Ja.

Falls ja, wogegen? _____

Welches Medikament? _____

Wann, wie und wie viel? _____

Angaben zur Ernährung: _____

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Please fill in the form carefully and return it together with the registration form to your child's sport teacher by December 1st. Thank you.

HEALTH DECLARATION concerning the 8th grade ski trip

Name of student: _____

Birth date: _____ Birth place: _____

Home address of parents/guardians: _____

Telephone number to be contacted in case of an emergency? _____

With which health insurance company is the child insured? _____

Contact person for any medical or hospital costs incurred: _____

My child is vaccinated against Tetanus.

☐ No.

☐ Yes.

Date of the last vaccination: Tetanus _____

Please have your child take the vaccination pass / written proof along on the trip.

Does your child have allergies? (Please state also travel-sickness) _____

What health aspects have to be given special attention (injuries, operations, illness, etc.)? _____

My child has to take medication.

☐ No.

☐ Yes.

If yes, against what? _____

What medication? _____

When, how and how much? _____

Special nutrition: _____

date

signature of the parents/ guardians