

## 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? \_\_\_\_\_

Ist das Kind gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) \_\_\_\_\_ Covid geimpft? \_\_\_\_\_

Falls ja, Datum der letzten Impfung; Tetanus: \_\_\_\_\_ Covid: \_\_\_\_\_

*Geben Sie bitte den Impfpass des Kindes/andere Nachweise mit auf die Reise!*

Bestehen Allergien (*auch Reisekrankheit angeben*)? \_\_\_\_\_

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

Muss das Kind Medikamente einnehmen? \_\_\_\_\_

Falls ja, wogegen? Welches Medikament? Wann, wie und wieviel? \_\_\_\_\_

Angaben zur Ernährung: \_\_\_\_\_

**Bitte füllen Sie diese Erklärung sorgfältig aus und geben Sie sie bitte zusammen mit der Anmeldung bis zum 06. Dezember an den Sportlehrer Ihres Kindes zurück. Vielen Dank.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten



Berlin, November 2023

**HEALTH DECLARATION** concerning the 8th grade ski trip

Name of student: \_\_\_\_\_

Birth date: \_\_\_\_\_ Birth place: \_\_\_\_\_

Home address of parents/guardians: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telephone number(s) to be contacted in case of an emergency? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

How is your child medically insured (insurance company)? \_\_\_\_\_

Contact person in case of medical bills: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is your child vaccinated against tetanus? \_\_\_\_\_ and Covid? \_\_\_\_\_

If yes, date of last vaccination? Tetanus: \_\_\_\_\_ Covid: \_\_\_\_\_

*Please have your child take the vaccination pass or any other 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.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Does your child take any medication? \_\_\_\_\_

If yes: Against what illness? What kind of medicine? How often, how and how much?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Special nutrition: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Please fill in the form above carefully and return it together with the registration form.**

**Hand both forms in to your child's sport teacher by Dec. 6<sup>th</sup>. Thank you.**

Date: \_\_\_\_\_

signature of parent/guardian