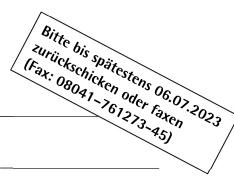
FREIZEITPASS FÜR



Name, Vorname				13.	45)
Geburtsdatum					-
Straße					_
Postleitzahl, Wohnort					_
Vor- und Zuname des	der Personensc	rgeberechtigte	n		_
Telefonnummer(n) für	den Notfall				-
 Krankenversicherung (bitte Krankenversiche 					
vollständiger Tetanusi	mpfschutz:	O Ja, im Ja	ahr	O Nein	
FSME-Zeckenschutzin	npfung	🔿 Ja, im Ja	ahr	O Nein	
• Badeerlaubnis?:	O Ja	Nein	○ Schwimmer/in	O Nichtschwir	nmer/in
Mein Kind muss regel	mäßig folgende,	/s Medikament/	e einnehmen:		
				(Do	osierung?)
Internetseiten der Eval Sonstige Anmerkunge Ich erkläre ausdrücklic ein Kind ist angewiesen Ibständigen Unternehm keiner ansteckenden k er Freizeitleitung nachzu ankheiten oder anzeige	anden, dass von ng. Jugend verö n und Hinweise, h folgendes: , den Anordnun nungen übernim Krankheit leidet. ukommen, unmi epflichtigen Beei	ffentlicht werde die für die Leit gen der Verant mt der Persone Ich versichere, ttelbar bis spät nträchtigunger	Fotos auf denen mein Kinen: O Ja ung von Bedeutung sind, wortlichen unbedingt Fol ensorgeberechtigte selbst meiner Informationspflic estens vor der Abreise, von meines Kindes. Ich versi Absprache mit der Leitur	O Nein bitte auf der Rück ge zu leisten. Haft leh versichere, da ht in vollem Umfar allem bei ansteck chere, dass mein k	kseite! ung bei iss mein Ki ng gegeni kenden Kind über (
Ort, Datum		 Unterschrift	des/der Personensorgeb	erechtigten	

Zeltlagers wichtige Informationen ein, wie z.B. Allergien, Krankheiten, Unverträglichkeiten, Medikamente.
Danke!

Bitte tragen Sie hier ggf. Wissenswertes über den Gesundheitszustand Ihres Kindes und andere für die Leitung des

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.