

# *Gesundheitsblatt*

Spielername: \_\_\_\_\_

Hausarzt und Anschrift: \_\_\_\_\_

Hausarzt-Tel.: \_\_\_\_\_

Mein Kind ist bei folgender Krankenkasse versichert: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein – Nr.: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente werden wie oft benötigt / was ist bei der Einnahme zu beachten?

---

---

---

Welche Allergien liegen vor? Was ist zu beachten?

---

---

---

---

Welche weiteren Einschränkungen sind zu beachten? / Ergänzungen / Anmerkungen?

---

---

---

---

Im Notfall sind wir während der Veranstaltung wie folgt telefonisch zu erreichen:

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_