

Gesundheitsabfrage

Mein Kind leidet an folgenden Krankheiten/Allergien:

.....
.....

und muss folgende Medikamente einnehmen:

.....
.....

Wundstarrkrampfschutz durch Impfung ist vorhanden bis:

.....

Mein Kind kann
 nicht mäßig gut sehr gut schwimmen.

Hiermit bestätige ich, dass die obigen Angaben nach bestem Wissen erfolgt sind.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten