

Nofallblatt

Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt und bleiben in den Händen der Leiterinnen und Leiter. Die Versicherung ist Sache der Teilnehmer!

Name	Vorname
Strasse	PLZ Ort
Geburtsdatum	Telefon
AHV-Nr. (auf Krankenkassenkarte ersichtlich)
Hausarzt	Zahnarzt

Erreichbarkeit Eltern (während der Trainingszeit)

Vater)..... ☒

Mutter)..... ☒

Allergien

- keine Allergie
- Bienenstichallergie
- Heuschnupfen
- Sonnenallergie
- Andere: _____

Krankheiten

- keine Krankheiten
- Asthma
- Andere: _____

Was ist bei Auftreten der Allergie zu tun?

Welche Massnahmen sind zu treffen?

Welche Medikamente braucht ihr Kind?

Verschiedenes (Muss die Hauptleitung noch etwas wissen?)

.....

.....

.....

Anmeldung beim Verein (falls noch nicht erledigt, bitte QR-Code einscannen)



Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben korrekt angegeben sind und dass mein Kind über obiges Onlineformular angemeldet wurde.

Datum

Unterschrift Eltern