

Allfällige Besonderheiten, Chronische Erkrankungen, psychische Erkrankungen:

Mein Kind ist:

- guter Schwimmer Schwimmer Nichtschwimmer

Medikamente:

Bezeichnung: Bei/Wegen/Für Wie oft? Wie viel?

Bezeichnung:	Bei/Wegen/Für	Wie oft?	Wie viel?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Kontakt während der Heimstunden: (jederzeit erreichbar)

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer/n: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten