

Informationsblatt von

(Name des Kindes)

- **Mein Kind ist:** Vegetarier Vegan Gluten-intolerant
 Laktose-intolerant
 Andere: _____
- **Mein Kind leidet unter bestimmten, gesundheitlichen Beschwerden.**

- **Mein Kind ist gesetzlich Krankenversichert bei:**

Krankenkasse / Versicherung: _____
(Die Versichertenkarte ist dem Kind mitzugeben)

- **Mein Kind benötigt folgende Medikamente.**

Medikament: _____ Dosierung: _____

Medikament: _____ Dosierung: _____

- **Der behandelnde Hausarzt meines Kindes ist:**

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

- **Während des Zeitraums der Veranstaltung sind die Eltern unter folgender Telefonnummer erreichbar:**

Privat: _____ Dienstlich: _____ Handy: _____

- **Ergänzende, wichtige Informationen zum Kind:**

Datum: _____

Unterschrift: _____

Datum und Unterschrift der gesetzlichen Vertreter Mutter oder Vater