



Name:

Krankheiten:

Medikamente:

Was und zu welcher Zeit(bitte beschriften!):

Telefonnummern für den Notfall:

Schwimmer / Nichtschwimmer

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Sonstiges(Vegetarier, Allergiker, etc.):

---

Unterschrift Erziehungsberechtigter