

Notfallblatt für's SOLA 2018

(Alle Angaben werden vertraulich behandelt!)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel.nr.: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Unter welcher Tel.nr. sind Sie erreichbar, falls wir Sie aus irgendwelchen Gründen während des SOLA's erreichen müssten?

Hat Ihr Kind irgendwelche Allergien? Wenn ja; welche?

Leidet Ihr Kind an einer sonstigen Krankheit? Wenn ja; an welcher?

Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen? Wenn ja; welche & wann?

In welche Schwimmkategorie gehört Ihr Kind?

Nichtschwimmer

Anfänger

Schwimmer (bis 1000 m)

Fortgeschrittener (über 1000 m)

Ist Ihr Kind gegen alle Kinderkrankheiten, Starrkrampf etc. geimpft?

Ja! Nein!

Legen Sie bitte dem Notfallblatt eine Kopie des Impfausweises bei!

Sonstige Bemerkungen / Hinweise: _____

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Daten korrekt sind & bin mir bewusst, dass die Versicherung, Sache der TeilnehmerIn ist. Weiter erteile ich die Erlaubnis, vereinsbezogene Medieninhalte meines Kindes zu erstellen und zu veröffentlichen.

Ort & Datum: _____

Unterschrift der Eltern: _____