

Allergien:

- Heuschnupfen
 Bienen-/Wespenstiche
 Asthma bei/nach:
 Lebensmittel (Produkt):
 Medikamente (Wirkstoff):

Medikament:

Kinderkrankheiten

	gehabt	geimpft
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wilde Blattern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

(Bettnässer, Rückenleiden, Ergänzungen zu Allergien, Gesundheitszustand)

Ich habe von den Versicherungsbedingungen Kenntnis genommen und den Gesundheitszustand vermerkt:

Impfkarten- und Allergienpasskopie beilegen!

Datum: _____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: _____

**CEVI Jungscharen - Lager und Kurse****Teilnehmer**

Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____ v/o: _____
 _____ Telefon: _____
 Geb.Datum: _____ Heimatort: _____

Eltern

Name: _____ Ferienadresse: _____
 Vorname: _____
 Beruf: _____ Tel: _____

Versicherung

Unfall: Name: _____
 Adresse: _____
Krankenkasse Name: _____
 Adresse: _____
Haftpflicht: Name: _____
 Adresse: _____

Arzt

Name: _____ Adresse: _____

Gesundheitszustand:

keine Beschwerden

kürzliche Krankheit: _____ Behandlung abgeschlossen: Ja Nein