

Wenn ja welche.....

Anwendungsbereich.....

Wenn Medikamente von den Betreuern gegeben werden müssen, benötigen wir eine ärztliche Verordnung bzw. wünschen wir uns ein Vorgespräch mit den Eltern.

Hatte oder hat ihr Kind (epileptische) Anfälle nein ja
Wenn ja, bitte gesonderten Fragebogen Epilepsie ausfüllen.

Benötigt ihr Kind Hilfe beim Toilettengang/Hände waschen nein ja

Wenn ja: Beaufsichtigung Körperreinigung sonstiges

Benötigt ihr Kind Hilfe beim Essen? nein ja

Wenn ja, welche

Ist ihr Kind weglaufgefährdet? nein ja

Wenn ja, in welchen Situationen?

Neigt ihr Kind zu unvorhergesehenen Aggressionen? nein ja

Wenn ja, wie (schlagen, beißen, etc.) und in welchen Situationen?

In wieweit kann ihr Kind

Lesen.....

Schreiben.....

Sprechen.....

Wie gut kann ihr Kind schwimmen?

(Bitte Schulnoten vergeben: 1 = kann sehr gut schwimmen, 6 = Nichtschwimmer)

Spielgewohnheiten/Liebblingsbeschäftigung?.....

Wer ist in Notfällen Ansprechpartner/in während der Freizeit und kann eine eventuelle, vorzeitige Abholung gewährleisten?

Name/Telefon.....

Sollten die Betreuer noch etwas über ihr Kind wissen?.....

Ich bestätige, dass ich die Anmelde- und Teilnahmebedingungen und die Beschreibung der Maßnahme zur Kenntnis genommen habe und erkenne sie an.

Datum:2019

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

