

Frage- und Erklärungsbogen zum VfR Fußballcamp

Name des Kindes:	
------------------	--

Name des Personensorgeberechtigten: Straße: PLZ, Ort: Ständig telefonisch erreichbar unter:	
---	--

Hat Ihr Kind in den letzten vier Wochen an einer ansteckenden Krankheit gelitten? Wenn ja, an welcher? Wenn nein, bitte ganzen Kasten durchstreichen!	
Ist die Krankheit ausgeheilt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>

Leidet Ihr Kind unter einer Allergie? Wenn ja, an welcher?	
Wenn nein, bitte ganzen Kasten durchstreichen!	

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher?	
Wenn nein, bitte ganzen Kasten durchstreichen!	

Bestehen bei Ihrem Kind sonstige gesundheitliche Probleme, die die Teilnahme an den Trainingseinheiten einschränken könnten? Wenn ja, welche?	
Wenn nein, bitte ganzen Kasten durchstreichen!	

Ist Ihr Kind ständig oder nur nach Bedarf auf die Einnahme von bestimmten Medikamenten angewiesen? Wenn ja, welche?	
Wenn nein, bitte ganzen Kasten durchstreichen!	

Im Notfall darf meinem Kind Folgendes verabreicht werden:	Arnika Globuli D30 <input type="checkbox"/>
---	---

Ist Ihr Kind Vegetarier?	Ja <input type="checkbox"/> Isst wenig Fleisch <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Isst kein Schweinefleisch <input type="checkbox"/>
--------------------------	---

Sollte nach Abgabe dieses medizinischen Fragebogens bei meinem Kind eine ansteckende Krankheit auftreten, werde ich das Leiterteam der Freizeit darüber informieren.

Mein Kind kommt (i.d.R.) selbstständig zum Fußballcamp (es wird weder gebracht noch abgeholt).	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--	---

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos vom Fußballcamp auf denen mein Kind zu sehen ist, auf der VfR Internetseite und ggf. in der Tagespresse veröffentlicht werden.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--	---

Von dem vorstehenden Fragebogen und Informationsblatt habe ich Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.
Sollte ein medizinischer **Notfall** eintreten, sind wir mit allen notwendigen ärztlichen Eingriffen und Maßnahmen einverstanden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift des Personensorgeberechtigten