

Formular über die Gesundheit des Teilnehmenden
Einschreibung zum deutsch-französischen Tandemsprachkurs 2024

Veranstalter

Informationen, Kontakt und Anmeldung

Arbeit und Leben DGB/VHS NRW e.V.

Mintropstraße 20

40215 Düsseldorf

Fenna Godhoff

Tel.: +49 (0)211 – 938 00 48

godhoff@arbeitundleben.nrw

Suzanne Patzschke

Tel.: +49 (0)211 – 938 00 43

patzschke@arbeitundleben.nrw

Liebe Eltern,

da unser Tandemsprachkurs zum Teil in Frankreich stattfindet, erfordert die Gesetzlage, dass Sie das untenstehende Dokument über die Gesundheit Ihres Kindes ausfüllen. Es dient uns dazu, unsere gesetzliche Aufsichtspflicht so genau wie möglich zu befolgen. Selbstverständlich sind die Daten Ihres Kindes sicher: Wir behandeln alle Informationen absolut vertraulich. Am Ende des Austausches werden die Formulare vernichtet.

1 - Informationen zum Teilnehmenden

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>

2 - Informationen zu Impfungen

Typ	Ja	Nein	Auffrischung <small>(Datum, falls zutreffend)</small>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>		
Wundstarrkrampf (Tetanus)			
Kinderlähmung (Poliomyelitis)			
Tuberkulose (BCG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere (Welche?)			

3 – Zusatzinformationen zu Covid-19 (SARS-CoV2)

Mein Kind ist:	Ja	Nein	Wann?
Geimpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ggf. Auffrischung (Booster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4- Informationen zur Gesundheit Ihres Kindes

Muss Ihr Kind während des Aufenthaltes Medikamente einnehmen? Ja Nein

Wenn ja, bitte geben Sie uns das entsprechende Rezept sowie die Medikamente mit (in der Originalverpackung, mit der Packungsbeilage, versehen mit dem Namen).

Ohne Rezept können keine Medikamente verabreicht werden!

Hatte Ihr Kind bereits eine der folgenden Krankheiten?

Krankheit	Ja	Nein
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leidet Ihr Kind an Allergien?

Typ	Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Falls Ihr Kind Allergien hat, schildern Sie bitte kurz, was sie auslöst und wie sich das Leitungsteam verhalten muss (bitte informieren Sie uns, wenn Ihr Kind sich selbst behandeln kann)

- Worauf ist sonst zu achten? (Besondere Krankheit, Epilepsie, ...)

5 – Sonstige Angaben

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?

Kasse	Versicherungsnummer

Name und Geburtsdatum des Elternteils, über welches das Kind versichert ist:

Mein Kind trägt eine

	Ja	Nein	Wann?
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnspange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mein Kind hat folgende Schwimmfähigkeit:

- Nichtschwimmer
- Seepferdchen
- Schwimmer / Stufe:

Adresse des Hausarztes

Name	Adresse
Telefonnummer	

Vielen Dank!

Mit meiner Anmeldung erkenne ich die Datenschutzerklärung (<https://www.arbeitundleben.nrw/datenschutz>) und die Teilnahmebedingungen (<https://www.arbeitundleben.nrw/impressum>) des Veranstalters an.

6 – Einverständniserklärung für die Durchführung von Coronatests bei Minderjährigen

Angaben des zu testenden Kindes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Krankenversicherungsnummer

Erziehungsberechtigte (Name, Vorname)

Telefonnummer der Erziehungsberechtigten

E-Mail-Adresse der Erziehungsberechtigten

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Durchführung von Antigen-, PCR-, oder Spucktests an meinem Kind. Die Testergebnisse dürfen an die Veranstalter und an das Leitungsteam des Tandemkurses weitergegeben werden. Mein Einverständnis gilt für die gesamte Dauer der Ferienfreizeit vom 12. bis zum 24. Juli 2024.

Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten