

**Formular über die Gesundheit der Teilnehmerin oder des Teilnehmers**

**Einschreibung zum deutsch-französischen Tandem 2019**

**Veranstalter**

**Arbeit und Leben DGB/VHS NRW e.V.**

Mintropstrasse 20

40215 Düsseldorf

**Informationen, Kontakt und Anmeldung**

Fenna Godhoff  
Tel.: +49 (0)211 – 938 00 48  
godhoff@aulnrw.de

Orianne Lançon  
Tel.: +49 (0)211 – 938 00 46  
lancon@aulnrw.de

Liebe Eltern,

da unser Tandem-Austausch zum Teil in Frankreich stattfindet, erfordert die Gesetzlage, dass Sie das untenstehende Dokument über die Gesundheit Ihres Kindes ausfüllen. Es dient uns dabei, 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 bekommen Sie das Formular zurück.

**1 - Informationen zur Teilnehmerin oder zum Teilnehmer**

**Name**

**Vorname**

**Geburtsdatum**

**Geschlecht M**

**W**

**2 - Informationen zu Impfungen**

**Typ**

**Ja    Nein    Auffrischung**

Diphtherie

Wundstarrkrampf (Tetanus)

Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Tuberkulose (BCG)

Hepatitis B

Masern, Mumpf, Röteln (MMR)

Keuchhusten

Andere (Welche?)

**3 - 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).

**Arbeit und Leben DGB/VHS NRW e.V.**

Mintropstraße 20, 40215 Düsseldorf

Fon: 0211 – 938 00 46 / Mail: lancon@aulnrw.de

Achtung: Wir können ohne Rezept keine Medikamente verabreichen.

Hatte Ihr Kind bereits schon eine der folgenden Krankheiten:

<b>Krankheit</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Röteln		
Masern		
Mandelentzündung		
Rheumatisches Fieber		
Scharlach		
Mittelohrentzündung		
Mumps		

Leidet Ihr Kind an Allergien?

<b>Typ</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Asthma		
Nahrungsmittel		
Medikamente		
Andere (welche?)		

- Falls Allergien vorhanden sind, bitte schildern Sie 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, ...)



#### **4 – Sonstige Angaben**

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?

Kasse

Vers.-Nr.

Name und Geburtsdatum des Elternteils, überwelches das Kind versichert ist:

Mein Kind trägt eine

**Ja    Nein    Wann?**

Brille

Zahnsperre

Mein Kind hat folgende Schwimmfähigkeit:

Nichtschwimmer

Seepferdchen

Schwimmer / Stufe:

Adresse des Hausarztes

**Name**

**Adresse**

**Telefonnummer**

**Vielen Dank!**

Mit meiner Anmeldung erkenne ich die Datenschutzerklärung und die Teilnahmebedingungen des Veranstalters an. (siehe [www.aulnrw.de/Datenschutz](http://www.aulnrw.de/Datenschutz) und [www.aulnrw.de/Teilnahmebedingungen](http://www.aulnrw.de/Teilnahmebedingungen))