

Angaben zum ReisetTeilnehmer

Bitte sorgfältig und in Druckschrift ausfüllen! Nichtzutreffendes bitte streichen.

Name, Vorname des Teilnehmers	Geburtsdatum	Vertragsnummer
-------------------------------	--------------	----------------

Angaben für eine eventuell notwendige ärztliche Behandlung und zum Gesundheitszustand

Der ReisetTeilnehmer ist krankenversichert bei:

Krankenkasse:..... Pflegegrad:.....

Mitgliedsnummer:.....

oder mitversichert bei Name/Vorname des Versicherten:

Erreichbarkeit des Sorgeberechtigten während der Ferienreise

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Tel. privat:

Tel. dienstl.

Bei Ankunft aus dem Ferienlager darf der ReisetTeilnehmer allein nach Hause gehen: **JA / NEIN**

Ist zur Abholung des ReisetTeilnehmers bevollmächtigt:

Name, Anschrift (Ausweiskontrolle behalten wir uns vor.)

Ich genehmige dem ReisetTeilnehmer unter Aufsicht

Spazieren zu gehen: **JA/NEIN** Der ReisetTeilnehmer darf beim Stadtbummel ohne
Sport zu treiben: **JA/NEIN** unmittelbare Aufsicht sein: **JA/NEIN**

Mit folgenden Einschränkungen:

Der ReisetTeilnehmer wurde gegen Wundstarrkrampf geimpft: ja ☐ Jahr:..... ☐ nein

Der ReisetTeilnehmer ist Schwimmer: ja ☐ ☐ nein

Ich erteile dem ReisetTeilnehmer die Badeerlaubnis: ja ☐ ☐ nein

Der ReisetTeilnehmer wiegt: Kg

Die Behinderung des ReisetTeilnehmers ist anerkannt:

Merkzeichen: Behinderungsgrad:

Art der Behinderung (Angaben zur Behinderung und Hilfe)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....