

Gesundheitsfragen

Name: _____

Name u. Tel. eines Elternteil: _____

- Hat Ihr Kind Allergien? Ja · Nein ·
Wenn Ja - welche? _____
- Nimmt Ihr Kind Medikamente? Ja · Nein ·
Wenn Ja - welche? _____
- Leidet Ihr Kind an Diabetes? Ja · Nein ·
- Neigt Ihr Kind zu Krampfanfällen Ja · Nein ·
- Sonstige bekannte Krankheiten oder Auffälligkeiten:

Bei Veränderungen bitte um schnellst mögliche Mitteilung!

Dieser Fragebogen wird selbstverständlich vertraulich behandelt und dient lediglich zur Info für Trainer, um bei auftretenden Beschwerden, schnellst und bestmöglich handeln zu können!

Unsere Partner:

