



# Gesundheitsabfrage

Mein Kind leidet an folgenden Krankheiten/Allergien:

.....  
.....

und muss folgende Medikamente einnehmen:

.....  
.....

Wundstarrkrampfschutz durch Impfung ist vorhanden bis:

.....

Mein Kind kann  
 nicht  mäßig  gut  sehr gut schwimmen.

Hiermit bestätige ich, dass die obigen Angaben nach bestem Wissen erfolgt sind.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten