

Fragebogen für das Betreuungspersonal

Bitte füllen Sie diesen kurzen Fragebogen sehr gewissenhaft aus, er hilft unseren Gruppenleitern bei der Arbeit.

Name: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon tagsüber: _____	Bei: _____
Alternativ: _____	Bei: _____
Telefon abends: _____	Bei: _____
Alternativ: _____	Bei: _____
Schwimmstufe: _____ Baderlaubnis: Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
Hat ihr Kind Krankheiten oder Allergien auf die Sie uns hinweisen möchten? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche? _____	
Benötigt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
Medikament: _____	Dosierung: _____
Medikament: _____	Dosierung: _____
Darf Ihr Kind im Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben werden? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
Darf Ihr Kind mit einem Privatfahrzeug zum Arzt gebracht werden? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
Darf sich Ihr Kind bei Geländespielen oder in der Stadt <i>nach Absprache mit dem Gruppenleiter</i> , für eine begrenzte Zeit und in Gruppen von mindestens drei Kindern von dem Gruppenleiter entfernen? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
Mit welchen Kindern möchte Ihr Kind, falls möglich, in ein Zimmer bzw. eine Gruppe?	

Hat Ihr Kind Besonderheiten, auf die Sie uns aufmerksam machen wollen? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche? _____	

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Sorgeberechtigten: _____
