



Aktuelle Mannschaft

Elternfragebogen

Vor- und Nachname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Erziehungsberechtigte/r 1 (Name, Vorname)

Erziehungsberechtigte/r 1 (Adresse, PLZ, Ort)

Erziehungsberechtigte/r 1 (E-Mail-Adresse)

Erziehungsberechtigte/r 2 (Name, Vorname)

Erziehungsberechtigte/r 2 (Adresse, PLZ, Ort)

Im Notfall zu Kontaktieren (Name, Telefonnummer)

1

2

Krankenkasse

Versichertennummer

----------------------	----------------------

Versichert über

Darf Ihr Kind allein nach Hause ?

Ja

☐

Nein

☐

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, warum?

Gibt es eine Stoffwechselerkrankung?

(z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Nierenerkrankung)

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen des Nervensystems?

(z.B. Krampfleiden, Epileptische Anfälle, Sonstiges)

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind sonstige chronische Erkrankungen?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Trägt Ihr Kind eine Brille / Kontaktlinsen?

Ja ☐ Nein ☐

Sonstige gesundheitliche Bemerkungen

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r 1

Erziehungsberechtigte/r 2