

Name der Schülerin / des Schülers: ..... geb.: .....

Name und Anschrift der (des) Erziehungsberechtigten:

.....  
.....  
.....

Notfalls telefonisch erreichbar unter Tel.-Nr.: ..... Handy: .....

.....

Weiterer Notfallkontakt: ..... Tel.: .....

.....

## ERKLÄRUNG (bitte sorgfältig ausfüllen und an die Lehrkraft zurücksenden)

Ich habe von der Hausordnung der Jugendherberge Burg Trausnitz Kenntnis genommen.  Ja  Nein

Für das Kind besteht eine Haftpflichtversicherung:  Ja  Nein

Falls das Wetter geeignet ist, darf mein Kind mit der Klasse unter Aufsicht der Lehrkraft in einem öffentlichen Bad baden:  Ja  Nein

Ich bitte um eine vertrauliche Aussprache:  Ja  Nein

Mein Kind ist krankenversichert / mitversichert bei folgender Kasse:

.....

Name des Hauptversicherten: ..... geb. am .....

beschäftigt bei: .....

---

---

### Angaben zum Gesundheitszustand des Kindes:

Bisher durchgemachte Erkrankungen:  Lungenentzündung  Nierenerkrankungen  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)  Herzmuskelentzündung  Magen-Darm-Erkrankung  
 Kreislaufschwäche  Anfallsleiden  
 Hautausschläge  Zuckerkrankheit

Sonstige: .....

Überempfindlichkeit gegen: .....

Allergien: .....

Welche Medikamente nimmt das Kind regelmäßig? .....

Name, Anschrift und Telefon des Hausarztes:

.....  
.....

**IMPFUNGEN** gegen  
(Zutreffendes ankreuzen)

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zecken     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten     | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Wundstarrkrampf |  |

+ letzte INJEKTION gegen Wundstarrkrampf im Jahre .....

Die obigen Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht. Falls in Notfällen besondere ärztliche Auskünfte eingeholt werden müssen, bitte ich, sich mit folgendem Arzt in Verbindung zu setzen (entfällt, wenn es sich um den HAUSARZT handelt!):

Facharzt, Klinik: .....

Postanschrift/Telefon:.....

Sonderkost:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zöliakie  | <input type="checkbox"/> Laktose                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> schweinefleischfreie Kost |
| <input type="checkbox"/> vegetarische Ernährung                                  | <input type="checkbox"/> vegane Ernährung          |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergien (bitte unter Bemerkungen angeben) |  |

besondere Bemerkungen: .....

.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Eltern oder Erziehungsberechtigten

---

FÜR DIE LEHRKRAFT: Bitte darauf achten, dass die ERKLÄRUNG voll ausgefüllt und für jeden Schüler wieder zurückkommt!

Die **ERKLÄRUNGEN** sammeln und zusammen mit den **VERSICHERTENKARTEN** in das Schullandheim mitnehmen.

Notizen: (z. B. aus vertraulichen Gesprächen mit den Eltern):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....