



Name des Medikaments: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

**10) Mein Kind nimmt das Medikament selbstständig ein?**  ja  nein  
(Bitte den Betreuer vor der Abfahrt zusätzlich informieren)

**11) Ich händige die Medikamente den Betreuern aus und diese sorgen für die regelmäßige Einnahme?**  ja  nein  
(Bitte den Betreuer vor der Abfahrt zusätzlich informieren)

**12) Ich erlaube die Verabreichung von frei verkäuflichen und homöopathischen Medikamenten und Salben laut Packungsbeilage des Herstellers (z.B. Fenistil, Paracetamol, Halsschmerztabletten).**  ja  nein

**13) Ich nehme zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem/ unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.**  ja  nein

**14) Mein Kind ist krankenversichert**  
über \_\_\_\_\_  
bei \_\_\_\_\_

**15) Mein Kind ist Vegetarier?**  ja  nein

**16) Ich bin damit einverstanden, dass sich mein Kind tagsüber ohne Begleitung eines Betreuers, aber in Gruppen von mindestens vier Teilnehmern in Hennef bewegen darf.**  ja  nein

**17) Meine Telefonnummern unter denen ich zu erreichen bin:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**18) Sonstiges:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)