

Mein Kind _____
(Name)
nimmt an _____
(Aktion)
am _____ teil.
(Datum)

Es ist auf folgendes besonders zu achten:
(z.B. Krankheiten, Allergien, Medikamente etc.)

Mein Kind ist bei folgender Krankenkasse versichert:
_____ Mutter Vater
Erziehungsberechtigte / Eltern: _____

Geburtstag des Kindes: _____

Geburtsort des Kindes: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ort/Datum

Unterschrift

Mein Kind _____
(Name)
nimmt an _____
(Aktion)
am _____ teil.
(Datum)

Es ist auf folgendes besonders zu achten:
(z.B. Krankheiten, Allergien, Medikamente etc.)

Mein Kind ist bei folgender Krankenkasse versichert:
_____ Mutter Vater
Erziehungsberechtigte / Eltern: _____

Geburtstag des Kindes: _____

Geburtsort des Kindes: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ort/Datum

Unterschrift