Arbeit und Leben DGB/VHS NRW e.V.
Mintropstraße 20
40215 Düsseldorf

Fenna Godhoff
Tel.: +49 (0)211 – 938 00 48
godhoff@arbeitundleben.nrw

Céline Wagner
Tel.: +49 (0)211 – 938 00 64
wagner@arbeitundleben.nrw

Formular über die Gesundheit der Teilnehmer*in

Deutsch-französischer Tandemkurs 2027

Liebe Eltern,
da unser Tandemkurs zum Teil in Frankreich stattfindet, erfordert die Gesetzlage, dass Sie das untenstehende Dokument über die Gesundheit Ihres Kindes ausfüllen. Es dient uns dazu, unsere gesetzliche Aufsichtspflicht so genau wie möglich zu befolgen.
Selbstverständlich sind die Daten Ihres Kindes sicher: Wir behandeln alle Informationen absolut vertraulich. Am Ende des Austausches werden die Formulare vernichtet.

1 - Informationen zur Teilnehmer*in

Name Vorname

Geburtsdatum Geschlecht ☐ M ☐ W ☐ D

2 - Informationen zu Impfungen

Typ	Ja	Nein	Auffrischung (Datum, falls zutreffend)
Diphterie	☐	☐	
Wundstarrkrampf (Tetanus)	☐	☐	
Kinderlähmung (Poliomyelitis)	☐	☐	
Tuberkulose (BCG)	☐	☐	
Hepatitis B	☐	☐	
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	☐	☐	
Keuchhusten	☐	☐	
COVID 19	☐	☐	
Andere (Welche?)			

3 - Informationen zur Gesundheit Ihres Kindes

Muss Ihr Kind während des Aufenthaltes Medikamente einnehmen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, bitte geben Sie uns das entsprechende Rezept sowie die Medikamente mit (in der Originalverpackung, mit der Packungsbeilage, versehen mit dem Namen).
Ohne Rezept können keine Medikamente verabreicht werden!

Hatte Ihr Kind bereits eine der folgenden Krankheiten:

Krankheit	Ja	Nein
Röteln	☐	☐
Masern	☐	☐
Mandelentzündung	☐	☐
Rheumatisches Fieber	☐	☐
Scharlach	☐	☐
Mittelohrentzündung	☐	☐
Mumps	☐	☐

Leidet Ihr Kind an Allergien?

Typ	Ja	Nein	Informationen
Asthma	☐	☐	
Nahrungsmittel	☐	☐	
Medikamente	☐	☐	
Andere (welche?)	☐	☐	

- Falls Ihr Kind Allergien hat, schildern Sie bitte kurz, was sie auslöst und wie sich das Leitungsteam verhalten muss (bitte informieren Sie uns, wenn Ihr Kind sich selbst behandeln kann)

- Worauf ist sonst zu achten? (Besondere Krankheit, Epilepsie, …)

- Ernährungsbesonderheiten? (vegetarisch, kein Schweinefleisch…)

4– Sonstige Angaben

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?

Kasse Vers.-Nr.

Name und Geburtsdatum des Elternteils, über welches das Kind versichert ist:

Mein Kind trägt eine

- ☐ Brille
- ☐ Zahnspange

Mein Kind hat folgende Schwimmfähigkeit:

- ☐ Nichtschwimmer
- ☐ Seepferdchen
- ☐ Schwimmer / Stufe:

Adresse des Hausarztes

Name Adresse

Telefonnummer

Als Elternteil oder Erziehungsberechtigter des Kindes, erkläre ich die Richtigkeit der Angaben auf diesem Formular, und bestätige, dass mein Kind bei seiner Ankunft nicht an einer ansteckenden Krankheit leidet und ermächtigt das Betreuerteam, gegebenenfalls Maßnahmen zu ergreifen (medizinische Behandlung, Krankenhausaufenthalt, chirurgischer Eingriff), die aufgrund des Zustands des Kindes notwendig sind.

Datum Unterschrift