

Deine Reiseunterlagen

Notfallblatt

Camp: _____ **Zeitraum:** _____

Daten der Reiset Teilnehmer/ der Familienmitglieder:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Dat. : _____

E-Mail: _____ Schwimmer/in: ja nein

Letzte Tetanus-Impfung: am _____ Musst du regelmäßig Medikamente einnehmen? ja nein

Allergien: _____ Krankheiten: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Dat. : _____

E-Mail: _____ Schwimmer/in: ja nein

Letzte Tetanus-Impfung: am _____ Musst du regelmäßig Medikamente einnehmen? ja nein

Allergien: _____ Krankheiten: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Dat. : _____

E-Mail: _____ Schwimmer/in: ja nein

Letzte Tetanus-Impfung: am _____ Musst du regelmäßig Medikamente einnehmen? ja nein

Allergien: _____ Krankheiten: _____

Krankenversicherung: privat gesetzlich Krankenkasse: _____

Versicherungsnehmer: Name: _____ Vorname: _____

Versicherungsnummer: _____ Unfallversichert: ja nein

Auslandskrankenversicherung: ja nein mit Bergungskostendeckung: ja nein

Hausarzt:

Name: _____ Ort: _____ Telefon: _____

Im Notfall: Bitte Adresse angeben, unter der Eltern, Verwandten, ... während deines Campaufenthalts erreichbar sind.

Name: _____ Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____