

Medizinische Informationen

Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z.B. Laktose, Nüsse, etc.)

Nein Ja,

Sonstige Allergien (z.B. Hausstaub, Wespenstiche, etc.)

Nein Ja,

Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Epilepsie, Diabetes, starke Migräne, Traumata, psychische Vorbelastungen, ADHS)

Nein Ja,

Einnahme von Medikamenten (Bitte Art, Dosierung und Aufbewahrungshinweise angeben)

Nein Ja,

Aufrechter Impfschutz

- FSME
- Tetanus
- Meningokokken
- Covid-19

Krankenversicherung

- SELBST Krankenversichert
- NICHT Krankenversichert
- MITVERSICHERT

.....
Sozialversicherungsnummer (des*der Teilnehmer*in)

.....
Sozialversicherungsnummer (des*der Versicherungsnehmer*in)

.....
Hausarzt + Telefonnummer

Infos der erziehungsberechtigten Person(en)

.....
Name & E-Mail-Adresse

Ich bin damit einverstanden, dass sich der*die Teilnehmer*in in kleinen Gruppen, nach vorheriger
Absprache auch ohne Aufsicht von der Gesamtgruppe entfernen darf.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass der*die Teilnehmer*in im Falle kleinerer Verletzungen mit
Desinfektionsmittel von einer/m Erstversorger*in behandelt werden darf.

Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben angegebenen Daten für die Planung der
Schulung verwendet werden dürfen. Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift die
Richtigkeit meiner Angaben und die [Teilnahmebedingungen der Evangelischen Jugend Österreich](#).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Teilnehmer*in

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte*r