

Eine Nacht im Museum

Name des Kindes: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Mein Kind hat folgende Krankheiten:

Mein Kind hat folgende Allergien/Unverträglichkeiten:

Mein Kind muss folgende Medikamente einnehmen:

wegen folgender Erkrankung:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind sich in Kleingruppen innerhalb von Obbornhofen, z.B. zum Spielplatz oder Obborn bewegt.

☐ Ja

☐ Nein

Einer Veröffentlichung von Bildern ohne Namensnennung meines Kindes (in Medien, Internet) wird zugestimmt.

☐ Ja

☐ Nein

Sollte sich mein Kind den Anweisungen der Betreuer widersetzen, werde ich es abholen.

Ich bin im Notfall unter folgender Telefonnummer erreichbar:
