FORMULAR FÜR DIE VERBINDUNGSGESUNDHEIT

Vor dem 10. Januar 2026 beim Risikomanager von CISV Schweiz einzureichen
sophialanz.rm@gmail.com

KIND

NAME:

VORNAME:

GEBURTSDATUM:

GESCHLECHT:

Erziehungsberechtigte des minderjährigen Teilnehmers:

Notfallkontakt(e) und Telefon:

IMPFUNGEN, die von CISV International vorgeschrieben sind

	Datum des letzten Rückrufs
Diphtherie	
Kinderlähmung	
Tetanus	
Keuchhusten	
Mumps	
Röteln	

MEDIZINISCHE INFORMATIONEN ÜBER DAS KIND

1- Befindet sich der Teilnehmer in einer **medizinischen Behandlung** , die während des Dorfes/Jugendtreffens/Step Up/Seminarcamps durchgeführt werden soll? (Ein Rezept wird dem Leiter oder dem Personal ausgehändigt, ohne Rezept können keine Medikamente eingenommen werden)

2- Hat der Teilnehmer Arzneimittel- oder Lebensmittelallergien?

Wenn ja, wie ist im Falle einer Allergie vorzugehen?

3- Hatte der Teilnehmer gesundheitliche Bedenken zu melden (chronische Krankheit, Behinderung, psychische Erkrankung usw.)?