

**THERME ERDING**  
(Wichtige Informationen zum Teilnehmer)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Telefonnummer(n) für Notfälle: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Müssen Medikamente zu sich genommen werden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn ja **wann**: \_\_\_\_\_

Wichtige Infos für die  
Betreuer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der Eltern:*

\_\_\_\_\_  
*Datum:*