Regenbogentage

Fragebogen

Name des Kindes:_____

Geburtsdatum:_____

Sozialversicherungsnummer:_____

Adresse: _____

Tel: _____

Notfalls-Mobilnummer:_____

Erziehungsberechtigte(r): _____

Grund des Aufenthaltes

_____

Prägende Lebensereignisse

_____

_____

Name weiterer Geschwister (Geburtsdatum)

_____

Medikamente nein O ja O _____

Müssen Medikamente während des Aufenthaltes im Regebogental verabreicht werden? nein O ja O _____

Sehen sich die verantwortlichen Betreuer in der Lage die Medikamente zu verabreichen und wurden sie dafür eingeschult.

nein O ja O

_____

Datum, Unterschrift des Betreuers

Allergien nein O ja O _____

Spezielle Ernährung nein O ja O _____

Fotos von meinem Kind dürfen veröffentlicht werden nein O ja O

Ist Ihr Kind gegen Zecken geimpft? nein O ja O

Kann Ihr Kind ohne Schwimmhilfe schwimmen? nein O ja O

bisherige Therapien: _____

Kann Ihr Kind selbständig auf die Toilette gehen? nein O ja O

Besonderheiten: _____

_____ _____

Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Wir und unsere Tiere freuen uns auf spannende, lustige und erlebnisreiche Tage mit Dir.

ANMELDUNG

Name des Kindes:_____ Geburtsdatum:_____

Adresse:_____

Telefonnummer:_____ e-mail:_____

Ich möchte mein Kind gerne für die Regenbogentage am Therapiehof Regenbogental von _____ 2019 anmelden.

_____ _____

Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

KONTAKT

Verein Regenbogental
Margarethe Weiss-Beck
Mühlgasse 10
2544 Leobersdorf
Handy: 0699/11415075
e-mail: therapiehof@regenbogental.at