

Prämienprogramm des Pädagogischen Austauschdienstes (PAD) Gesundheitsabfrage

Hiermit bestätigen wir, dass unsere Tochter / unser Sohn

.....
(Vorname, Nachname)

geboren am
tt/mm/jjjj

	JA
a) frei von ansteckenden Krankheiten ist.	<input type="checkbox"/>
b) den physischen und psychischen Herausforderungen* des zweiwöchigen Deutschlandaufenthalts uneingeschränkt gewachsen ist.	<input type="checkbox"/>

Zum Wohle unseres Kindes sind bei einer chronischen Erkrankung und/oder einer psychischen Erkrankung, folgende ergänzende Erläuterungen zur Medikation und/oder Hinweise zu besonderen Anforderungen zu beachten:

Bestätigung der Masernimpfung:

	JA
a) Ein gültiger Impfschutz besteht Datum der letzten Impfung:	<input type="checkbox"/>
b) Bestehende Immunität aufgrund früherer Masernerkrankung	<input type="checkbox"/>
c) Eine Impfung ist aufgrund einer Kontraindikation nicht möglich	<input type="checkbox"/>

* Die Schülerin/der Schüler nimmt den ganzen Tag, oft bis in die Abendstunden, am Programm teil (Museumsbesuche, Sportveranstaltungen, Stadtführungen); dabei werden unter anderem auch mehrstündige Exkursionen zu Fuß absolviert.

Information zu Tetanusimpfung (sofern vorhanden):

	JA	NEIN
Ein Impfschutz besteht (Datum der letzten Impfung):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätigen wir mit unserer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und nehmen zur Kenntnis, dass im Einzelfall zusätzliche Unterlagen angefordert werden können

.....
(Ort) (Datum) (Unterschrift Mutter / Elternteil 1)

.....
(Ort) (Datum) (Unterschrift Vater / Elternteil 2)

Falls zutreffend:

Erziehungsberechtigt ist nur ein Elternteil:

nur die Mutter/ Elternteil 1

nur der Vater / Elternteil 2