



Bestätigung

Anfängerschwimmkurs Datum:.....

Hiermit bestätige ich (Name des Erziehungsberechtigten),

Tel. Nr.

dass mein Kind (Name)..... an

KEINER der folgenden Erkrankungen leidet (Bitte alle zutreffenden anhaken):

- ☐ Nasenschmerzen
- ☐ Ohrenschmerzen
- ☐ Lungenerkrankung
- ☐ Herzerkrankung
- ☐ Anfallsleiden
- ☐ Sonstige schwerwiegende Erkrankung
- ☐ Notwendige Einzelbetreuung

Bitte teilen Sie uns hier sonstige Erkrankungen Ihres Kindes mit (Allergien, Unverträglichkeiten u. ä.).

(Datum)

(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

.....

Bitte ausgefülltes und unterschriebenes Formular unbedingt am ersten Tag mitnehmen.

Die personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt, nicht an Dritte weitergegeben. Es können Fotoaufnahmen während des Schwimmkurses gemacht und verwendet werden