

**Information und Befähigung bzgl.
medizinischer Besonderheiten**



Teilnehmer / Veranstaltung

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____.

Veranstaltung: _____

Bezeichnung der Erkrankung

Art der Erkrankung: _____

Pädagogisch relevant: _____Ja / _____Nein

Beobachtung notwendig: _____Ja / _____Nein

Protokoll über das Elterngespräch

Notwendige medizinische Eingriffe, z.B. Medikamentengabe

Erklärungen

Der Teckids e.V., vertreten durch das unten benannte Mitglied, bestätigt, alle notwendigen internen Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig und umfassend vorzunehmen.

Die erhobenen Daten werden ausschließlich zur Dokumentation der Absprache verwendet und nicht außerhalb der Projektleitung weitergegeben.

Name, Ort, Datum, Unterschrift

Die Erziehungsberechtigten bestätigen, dass die oben benannte Erkrankung für die Betreuung während der Veranstaltung relevant ist. Sofern die Betreuung des Teilnehmers die Beobachtung oder medizinische Eingriffe erfordert, sind die Betreuer, unter der Aufsicht des benannten Mitglieds, hierzu ermächtigt.

Die Erziehungsberechtigten (Ort, Datum, Unterschrift)