

Student Health Information Sheet

Name of Student: _____
Surname First Name

Emergency contact(s) when parents are not available:

Phone: _____

Insurance Company: _____ Policy No. (Child): _____

Previous Illness:

Please check (x) and give date.

- Chicken Pox _____
- Diphtheria _____
- German Measles _____
- Measles _____
- Mumps _____
- Polio _____
- Rheumatic Fever _____
- Scarlet Fever _____
- Tuberculosis _____
- Whooping Cough _____
- Frequent Colds _____
- Ear Infections _____
- Operations _____
- _____

Health Problems:

Please check (x).

- Allergies _____
- Asthma _____
- Diabetes _____
- Epilepsy _____
- Heart Disorders _____
- Hearing Difficulties _____
- Speech Impediment _____
- Sight Problems _____
- Behavior/ Learning Problems _____
- _____
- Other _____
- _____
- _____

Is student currently on medication? Yes/No

If yes, please explain: _____

Is there any reason for your child to have restricted physical activity? Yes/No

If so, please explain: _____

Note: In case of emergency, we will contact the guardian and the ambulance.

Signature of Guardians _____

Date _____

Fragebogen zum Gesundheitszustand des/r Schülers/in

Name Schüler/in: _____
Familiename Vorname

Notfallkontakt, wenn Eltern nicht erreichbar sind:

Telefon: _____

KV des Kindes: _____

K.-Nr. des Kindes: _____

Kinderkrankheiten:

Bitte ankreuzen und Zeitpunkt angeben.

Windpocken _____
Diphtherie _____
Röteln _____
Masern _____
Mumps _____
Kinderlähmung _____
Gelenkfieber _____
Scharlach _____
Tuberkulose _____
Keuchhusten _____
Entzündungen der Ohren _____
Chronische Erkältungen _____
Operationen _____

Gesundheitliche Probleme:

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Allergien _____
Asthma _____
Diabetes _____
Epilepsien _____
Herz Erkrankungen _____
Hörprobleme _____
Sprachfehler _____
Brillenträger/ Augenerkrankungen _____
Verhaltens-/Lernprobleme _____

Andere _____

Nimmt der/die Schüler/in regelmäßig Medizin? Ja/Nein

Wenn ja, machen Sie bitte genauere Angaben: _____

Gibt es für Ihr Kind eine Sport- oder Teilsportbefreiung? Ja/Nein

Wenn ja, bitte genauere Angaben: _____

Hinweis: Im Falle eines Notfalls benachrichtigen wir Sie und den Rettungsdienst.

Unterschrift Erziehungsberechtigten

Datum, Ort