|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Teilnehmende\*r** | **Aktuelle Handynummer** | **Notfallnummer (z.B. Elternteil)** | **Corona-Impfung** |
|  |  |  | Seit wann vollständig geimpft? (Bitte Datum und jeweiligen Impfstoff eintragen) |
| Geboostert?(Bitte Ja oder Nein und Impfstoff eintragen) |
| Genesen?(Bitte Ja oder Nein und Datum der Genesung eintragen) |

Allergien, Medikamente, Krankheiten oder Unverträglichkeiten bitte hier eintragen:

|  |
| --- |
|  |

Was sollten wir noch wissen?