Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Ludwigslust und Umgebung e. V.
Bankverbindung: Sparkasse Mecklenburg - Schwerin,
IBAN: DE 04 140 52000 151 000 5494, BIC: NOLADE 21 LWL

Datenblatt zur Ferienbetreuung in der „Schule an der Bleiche“

09.02.2026 – 13.02.2026

Machen Sie bitte folgende Angaben zu Ihrem Kind:

Name: ..... Vorname..... geb.am.....

Anschrift: .....

Telefon-Nr. bzw. Handy-Nr. .....

Krankenkasse: ..... Versicherungsnr.:.....

<table>
<tr><td>Vorerkrankungen
(Risiko bei Corona – Infizierung)</td><td>Wenn ja, bitte unterstreichen!

Herz-Kreislauf-Erkrankung, Asthma, Diabetes mellitus</td></tr>
<tr><td>Allergien</td><td>ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?</td></tr>
<tr><td>Lebensmittelunverträglichkeit</td><td>ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?</td></tr>
<tr><td>Medikamente

Notfallmedikamente</td><td><table><tr><td>Medikamentennamen</td><td>morgens:</td><td>mittags:</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>Name des Medikaments:</td></tr>
<tr><td>Worauf ist besonders zu achten?</td><td></td></tr>
</table>

- Bei ggf. benötigter Notfallmedikation verpflichte/en ich/wir uns, das o.g. Notfallmedikament für die Zeit der Ferienbetreuung den Mitarbeitern der Ferienbetreuung zur Verfügung zu stellen. Ich / wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiter im Notfall das Medikament verabreichen dürfen.
- Ich / wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Ferienbetreuung bei Verdacht einer akuten Erkrankung meines Kindes Fieber messen dürfen.

....
Datum, Ort Unterschrift der Eltern

Beratungs- und Geschäftsstelle, Lindenstraße 30, 19288 Ludwigslust
Telefon: 03874/23262; Fax: 03874 / 44 44 35; e-mail: lebenshilfe_lwl@gmx.de, www.lebnshilfe-ludwigslust.de