

Student ID (completed by the school): _____

Student Name _____ Date of Birth _____
Family Name First Name Day Month Year

German Home Address _____
Street Post Code Town/City

Parents (or guardians) Home Tel No. _____

Name Mr. Tel Work _____ Mobile _____

Name Ms. Tel Work _____ Mobile _____

Emergency Contact _____
Name Tel. No.

Medical Insurance Company _____ Policy Number _____
Krankenversicherung Mitgliedsnummer

Does your child suffer from any of the following conditions? <i>Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?</i>	yes/no <i>ja/nein</i>
Asthma <i>Asthma</i>	
Diabetes <i>Diabetes</i>	
Eczema/Neurodermatitis <i>Hautekzem/Neurodermitis</i>	
Epilepsy <i>Epilepsie</i>	
Hay Fever <i>Heuschnupfen</i>	
Hearing Difficulties <i>Schwerhörigkeit</i>	
Heart Disorders <i>Herzstörungen</i>	
Speech Impediment <i>Sprachfehler</i>	
Visual problems/Glasses <i>Sehstörungen/Brille</i>	

Previous Illnesses <i>Frühere Krankheiten</i>	yes/no <i>ja/nein</i>
Chickenpox <i>Windpocken</i>	
Ear Infections <i>Ohrinfektionen</i>	
Frequent Colds <i>Häufige Erkältungen</i>	
Measles <i>Masern</i>	
Mumps <i>Mumps</i>	
Rubella (German Measles) <i>Röteln</i>	
Scarlet Fever <i>Scharlach</i>	

Immunisation <i>Impfung</i>	Month/Year (most recent vaccination) <i>Monat/Jahr (letzte Impfung)</i>
Polio <i>Kinderlähmung</i>	
Diphtheria <i>Diphtherie</i>	
Tetanus/Booster <i>Tetanus/Auffrischimpfung</i>	
Pertussis (Whooping Cough) <i>Keuchhusten</i>	
Measles* , Mumps, Rubella (MMR) Masern* , Mumps, Röteln	
Hepatitis B <i>Hepatitis B</i>	
Pneumococcal disease <i>Pneumokokken</i>	
Meningitis <i>Meningokokken</i>	
Chicken Pox <i>Windpocken/Varizellen</i>	
Covid-19 (please give all vac. dates) <i>Covid-19 (bitte alle Impfdaten nennen)</i>	

Surgeries/Operations (type/date): <i>Operationen (Art/Datum):</i>	
Allergies (if yes, which?): <i>Allergien (wenn ja, welche?)</i>	
Other Physical or Mental Health Conditions (present or past): <i>Andere physische oder psychische Erkrankungen (vergangen oder gegenwärtig):</i>	

Does the school have your permission to take your child to the nearest hospital in case of emergency?
Erteilen Sie der Schule Ihre Genehmigung im Notfall Ihr Kind ins nächste Krankenhaus zu fahren? Yes/Ja No/Nein

Does the school have permission to give your child non-prescription medication for example Paracetamol (Tylenol)?
Erteilen Sie der Schule die Genehmigung Ihrem Kind nicht-verschreibungspflichtige Medikamente (z.B. Paracetamol) zu geben? Yes/Ja No/Nein

Does your child routinely take medication? *Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente?* Yes/Ja No/Nein

If yes, please give brief details: *Wenn ja, bitte nähere Angaben:* _____

Is there any reason for your child to have restricted physical activity, including swimming?
Liegen Gründe für die eingeschränkte Teilnahme am Sportunterricht, inklusive Schwimmen, vor? Yes/Ja No/Nein

If yes, please explain: *Wenn ja, bitte erläutern:* _____

Signature of parents/guardians _____ Date _____
Day Month Year