

Informationsbogen



Bitte sorgfältig in Druckbuchstaben ausfüllen

Teilnehmer/in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon

Im Notfall zu kontaktieren:

Hausarzt:

Schwimmer

(Name)

(Name)

Nichtschwimmer

(Telefon)

(Straße)

(Handy)

(Telefon)

Um gefährlichen Überraschungen vorzubeugen bitten wir Sie, uns **Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten** oder einzunehmende **Medikamente** mitzuteilen:

Vegetarier: Ja

Nein

Die Angaben werden vertraulich nach dem **Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)** behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift