



SYGE-SEDDEL

DDS - 2. Absalon - Sct. Michael Flok - Stasevang Gruppe

Spejders navn: _____ CPR. Nr: _____

Adresse: _____ Postnr./By: _____

Fars navn: _____ Mobil nr.: _____

Fars e-mail: _____ Tlf. Nr.: _____

Mors navn: _____ Mobil nr.: _____

Mors e-mail: _____ Tlf. Nr.: _____

Forældres adresse (evt. under lejren): _____

Familiens læge: _____

Sidste stivkrampe vaccination: _____

Lider spejderen af specielle sygdomme, f.eks. astma, epilepsi, sukkersyge, allergi,
migræne, m.m: _____

Evt. hensyn, der bør tages: _____

Tåler spejderen penicillin?: Ja Nej

Tager spejderen medicin?: Ja Nej

I så fald, hvilken medicin?: _____

Hvor ofte og hvor meget?: _____

Medicin, som skal indtages på en lejr, afleveres i original emballage til lederne.

Andre oplysninger, der er denne seddel vedkommende: _____

Forældreunderskrift & Dato: _____

DENNE SEDDEL SKAL UDFYLDES SÅ GRUNDIGT SOM MULIGT, OG MED
BLOKBOGSTAVER, DA DEN VIL BLIVE AFLEVERET PÅ SYGEHUSET I TILFÆLDE AF
UHELD/SYGDOM!!!!!!!!!!!!