

**Notfallblatt** (alle Angaben werden vertraulich behandelt)

Personalien des Kindes			
Vorname Kind		Familienname Kind	
Strasse		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		Telefon zu Hause	

Personalien Erziehungsberechtigte		Personalien Erziehungsberechtigter	
Vorname/Name		Vorname/Name	
Mobile		Mobile	
Mail-Adresse		Mail-Adresse	

Hausarzt			
Name Hausarzt		Telefonnummer	
Adresse Praxis		PLZ/Ort	

Zusätzliche Notfall-Nummern (zum Beispiel Grosseltern, Nachbarn, Freunde, Tagesmutter usw.)		
Vorname/Name	Telefonnummer	Bezug zum Kind

Allergien (z. B. Insektenstiche, Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, allergisches Asthma usw.):		
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	wenn ja, welche?

Esskultur: isst Ihr Kind vegetarisch oder gemäss der Kultur einer Religion (Hinduismus, Islam usw.)?		
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	wenn ja, worauf ist zu achten?

Braucht Ihr Kind Medikamente?		
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	wenn ja, welche?

Kann Ihr Kind schwimmen?		
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen

Weitere Bemerkungen	

Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte:
Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigter: