

FÜR DEN NOTFALL / ARZT

Wir benötigen diese Angaben über Ihr Kind, um im Notfall helfen und die von Ihnen benannten Personen erreichen zu können. Wir hoffen, niemals auf diese Informationen zurückgreifen zu müssen.

1. Kind

weiblich männlich

Vorname

Familienname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon-Nr.

2. Telefon

Bitte geben Sie möglichst 3 weitere Telefonnummern an, unter denen wir Sie oder eine andere Person erreichen können.

1. Name

Telefon-Nr.

2. Name

Telefon-Nr.

3. Name

Telefon-Nr.

3. Gesundheitliches

behandelnde/r Ärztin / Arzt

Telefon-Nr.

Adresse

Allergien / Unverträglichkeiten (z. B. Nahrung / Medikamente)

chronische Krankheiten

Blutgruppe

verschriebene Medikamente

Anderes