

**Name des Kindes** \_\_\_\_\_

Für Notfälle ( Unfall oder plötzlich auftretende Krankheit o.ä. ) ist es wichtig, dass Sie für uns erreichbar sind.

**Wer kann im Notfall verständigt werden?** (Anschrift der Eltern, Großeltern, Tagesmutter o.ä. )

---

---

---

**Wie sind Sie erreichbar?**

Über Ihr eigenes Telefon? \_\_\_\_\_

Telefon des Arbeitgebers der Mutter / des Vaters? \_\_\_\_\_

Wer ist der Hausarzt? \_\_\_\_\_

Welche Krankenkasse ist zuständig? \_\_\_\_\_

Wurde das Kind gegen Tetanus o.ä. geimpft? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Verträgt das Kind Penicillin? \_\_\_\_\_

**Besonderheiten (Allergien, Medikamenteneinnahme o.ä.)**

---

---

**Sonstiges:**

---

---

Sind Sie damit einverstanden, dass wir bei Ihrem Kind im Notfall „erste Hilfe“ leisten?

Ja     Nein

Brensbach, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte