

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

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

Wer kann im Notfall verständigt werden?

---

---

( Anschrift der Eltern, Großeltern, Tagesmutter o.ä. )

Wie sind Sie erreichbar?

Über eigenes

Telefon? \_\_\_\_\_

Über die Tel.Nr.: des Arbeitgebers der Mutter/Vater?

---

---

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, das wir bei Ihrem Kind im Notfall „erste Hilfe „ leisten?

Ja       Nein

Wersau, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d.Eltern / Erz.berechtigten