Notfallblatt:

Name:_____Geb: _____
Adresse:_____Tel : _____
_____Email: _____

Letzte Tetanusimpfung: _____
Zeckenimpfung: O Ja O Nein Wann? _____
Blinddarm op. O Ja O Nein
Schwimmer O Ja O Nein Bemerkung: _____

Allergien: _____
Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____
Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen? O Ja O Nein
Wenn ja, welche? _____
War Ihr Kind schon einmal länger ohne Eltern weg? O Ja O Nein
Event. Bemerkungen: _____

Datum: Unterschrift:

Notfallblatt:

Name:_____Geb: _____
Adresse:_____Tel (abends): _____
_____Tel (tagsüber): _____

Letzte Tetanusimpfung: _____
Zeckenimpfung: O Ja O Nein Wann? _____
Blinddarm op. O Ja O Nein
Schwimmer O Ja O Nein Bemerkung: _____

Allergien: _____
Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____
Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen? O Ja O Nein
Wenn ja, welche? _____
War Ihr Kind schon einmal länger ohne Eltern weg? O Ja O Nein
Event. Bemerkungen: _____

Datum: Unterschrift: