DATEN FÜR DEN NOTFALL

Name des Kindes	Vorname

Straße und Hausnummer	Wohnort

Name(n) des/der Erziehungsberechtigten

Im Notfall bin/sind ich/wir zu erreichen unter:

Name	Telefon

oder unter:

Name	Telefon

Falls ich/wir nicht zu erreichen bin/sind, kann mein/unser Kind geschickt werden zu:

Name	Telefon

Straße und Hausnummer	Wohnort

Mein/Unser Kind leidet unter folgenden Allergien: _____

Mein/Unser Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente: _____

Mein Kind ist versichert bei: _____

_____

Unterschrift