**Notfallkontakt**

Gruppenname o. Logo

**BITTE EINSETZEN**

Vor-, Nachname des Kindes:

Geburtsdatum (TT.MM.JJ):

Adresse:

Erziehungsberechtigte:

Telefon 1:

Telefon 2:

Krankenkasse:

Mein Kind hat folgende Allergien/Krankheiten und/oder benötigt Medikamente:

Sonstige Besonderheiten, auf die ich hinweisen möchte:

Ich bin damit einverstanden, dass die notwendigen Daten in einer Übersicht zusammengefasst werden. Die erfassten Daten werden vertraulich behandelt

und ausschließlich innerhalb dieser Gruppe verwendet. Beim Ausscheiden aus

der Gruppe werden diese Daten vernichtet.

Bei Änderungen der angegebenen Daten werde ich die Mitarbeiter entsprechend informieren.

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r