



Notfallkontakt

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