



Notfallblatt Kindergarten

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Name der Mutter: _____ **Name des Vaters:** _____

Tel. Geschäft/Natel: _____ Tel. Geschäft/Natel: _____

Tagesmutter/Familie: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Betreuung an folgenden Wochentagen: _____

Name des Hausarztes: _____ **Tel.:** _____

Adresse: _____

Name des Zahnarztes: _____ **Tel.:** _____

Adresse: _____

Allergien (Insekten, Pollen, Nahrungsmittel usw.): _____

Bemerkungen: _____

Krankheiten (Asthma, Epilepsie usw.): _____

Bemerkungen: _____

Besucht Ihr Kind eine Therapie? _____

Bemerkungen: _____

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen? _____

Bemerkungen: _____

Datum: _____

Unterschrift der Eltern: _____