



Daten des Kindes

Nachname:
Vorname:
SV-Nummer.:
Geb.Dat.:

PLZ/Ort:
Straße:
Geburtsort:
Staatsbürgerschaft:

Erziehungsberechtigung/Notfallkontakt

Im Notfall zu verständigen:

Kontakt 1

Nachname:
Vorname:
Straße:

PLZ/Ort:
Bezugsverhältnis:
Telefonnummer:

Kontakt 2

Nachname:
Vorname:
Straße:

PLZ/Ort:
Bezugsverhältnis:
Telefonnummer:

Gesundheit

<input type="checkbox"/> chron. Krankheiten
<input type="checkbox"/> Allergien (zb. Heu)
<input type="checkbox"/> Dauermedikation
<input type="checkbox"/> Physische Einschränkungen

<input type="checkbox"/> Heilbehelfe (Hörgerät, Brille, etc.)
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Psychische Diagnosen
<input type="checkbox"/> Sonstiges

Bei Ankreuzung einer oder mehrerer Kategorien bitte um Bekanntgabe:

☞ Welche der angeführten Medikamente sind im Notfall zu verabreichen?

☞ Von wem dürfen die angeführten Medikamente verabreicht werden?

Platz für Anmerkungen: