



NOTFALLBLATT

Angaben zum Kind

Vorname: _____ Name: _____

Geb. Datum: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefonnummern im Notfall:

Zu beachtende Allergien / Lebensmittelunverträglichkeit / Medikamente:

Kinder- / Familienarzt mit Adresse und Telefonnummer:

Wir erlauben der Spielgruppenleiterin, mit den oben beschriebenen Angaben im Notfall den nächsten erreichbaren Arzt oder Kinderarzt zu konsultieren.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

Diese Daten werden vertraulich behandelt und nur im Notfall bekannt gegeben.