



## Notfallblatt

Name Kind: \_\_\_\_\_ Vorname Kind: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

***In Notfällen während der Spielgruppe bitte folgende Nummern kontaktieren***

Nummer: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Bezug: \_\_\_\_\_

Nummer: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Bezug: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente:      O ja      O nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt:

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sind Lebensmittelunverträglichkeiten bekannt:

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Kinderarztes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In Notfällen versuchen die Betreuungspersonen, die Eltern beziehungsweise die von Ihnen angegeben Kontakte so bald als möglich telefonisch zu erreichen. Bis dahin behalten wir uns ein Handlungs- und Entscheidungsrecht vor.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_