



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: