

**Notfallblatt** (pro Kind auszufüllen)**Vorname Kind:****Nachname Kind:**

Sind Allergien (Pollen, Bienenstiche...) bekannt?

Falls ja, welche?

Massnahmen:

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?

Falls ja, welche? Bitte mit Angaben, was die Betreuungsperson beachten muss.

Darf Ihr Kind etwas nicht essen, falls ja was nicht?

Angaben zum Hausarzt

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Ist Ihr Kind gegen Starrkrampf (Tetanus) geimpft?

Datum der Impfung:

Darf Ihr Kind alleine nach Hause?

Ja

Nein

Nur nach Absprache

Allgemeine medizinische Anweisungen:

Datum/Unterschrift:

