**Medizinisches Notfallblatt für**

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname des Kindes |  |
| Adresse |  |
| Geburtsdatum |  |

**Erreichbarkeit der Eltern und weiteren Betreuungspersonen**

|  |  |
| --- | --- |
| Mutter (Telefon) | TelefonE-Mail |
| Vater (Telefon) | TelefonE-Mail |
| Ev. Andere (Tageseltern, Grosseltern etc.) | Name:TelefonE-Mail |

**Hausarzt oder Kinderarzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Adresse und Telefon |  |

**Wichtige Informationen für die Schule**

|  |  |
| --- | --- |
| Ist ihr Kind gegen etwas allergisch? |  |
| Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen? |  |
| Bemerkungen, Anliegen oder "gut zu wissen" |  |

Unterschrift und Datum eines Elternteils: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_