

Notfallfragebogen

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Adresse : _____

Im Notfall zu erreichen unter: _____
(Mutter /Vater/Eltern etc.)

Allergien ? Nein Ja, welche _____

Leidet ihr Kind unter chronischen Krankheiten, wie z.B. Asthma, Epilepsie.....?

Nein Ja ,welche? _____

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen oder bei sich führen, wie z.B. Asthma Spray?

Nein ja, welche _____

Bemerkungen :

Hiermit genehmige ich der betreffenden Lehrkraft unter hygienischen Bedingungen die Gabe von Wundsalben und Wundversorgung bei meinem Kind anzuwenden .

(Ort, Datum)

(Unterschrift Erziehungsberechtigter)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner o.g. Angaben und verpflichte mich Änderungen unverzüglich/schnellstmöglich dem Verein schriftlich mitzuteilen

(Ort, Datum)

(Unterschrift Erziehungsberechtigter)