VOLKSSCHULE
HOHENRAIN

Notfallblatt Kindergarten

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon*: _____

*Diese Telefonnummer wird auf dem Stundenplan veröffentlicht.

Name der Mutter: _____ **Name des Vaters:** _____

Tel. Geschäft: _____ Tel. Geschäft: _____

Tel. Mobile: _____ Tel. Mobile: _____

Tagesmutter/Familie: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Betreuung an folgenden Wochentagen: _____

Name des Hausarztes: _____ Tel.: _____

Adresse: _____

Name des Zahnarztes: _____ Tel.: _____

Adresse: _____

Allergien (Insekten, Pollen, Nahrungsmittel usw.): _____

Bemerkungen: _____

Krankheiten (Asthma, Epilepsie usw.): _____

Bemerkungen: _____

Besucht Ihr Kind eine Therapie? _____

Bemerkungen: _____

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen? _____

Bemerkungen: _____

Datum: _____ **Unterschrift der Eltern:** _____