**Wichtige Angaben für den Notfall**

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname und Name des Kindes  |  |
| Geburtsdatum |  |
| Vorname und Name der Mutter |  |
| Vorname und Name des Vater |  |
| Telefonnummer (zu Hause) |  |
| Telefonnummer der Mutter (Arbeit) (Mobil) |  |
| Telefonnummer des Vaters (Arbeit) (Mobil) |  |
| Andere Telefonnummer(n) für Notfälle(z.B. Verwandte, Nachbarn, ...) |  |
| E-Mailadresse |  |
| Kinderarzt/-ärztin |  |
| Adresse des Arztes/der Ärztin |  |
| Telefonnummer des Arztes/der Ärztin |  |
| Mitteilungen(z.B. Medikamenteneinnahme,Allergien, usw.) |  |
| Krankenkasse |  |
| Tetanus-Impfschutz (letzte Impfung) |  |
| Sonstiges |  |

Datum: Unterschrift: