



## Notfallblatt

Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt und bleiben in den Händen der Leiterinnen/Leiter. Die Versicherung ist Sache der Teilnehmer!

<b>Name</b>	_____	<b>Vorname</b>	_____
<b>Strasse</b>	_____	<b>PLZ Ort</b>	_____
<b>Geburtsdatum</b>	_____	<b>Telefon</b>	_____
<b>AHV-Nr.</b>	_____		
<b>Hausarzt</b>	_____		
<b>Zahnarzt</b>	_____		

### Erreichbarkeit Eltern (während der Trainingszeit)

Vater	) _____	☒ _____
Mutter	) _____	☒ _____

### Allergien

- keine Allergie
- Bienenstichallergie
- Heuschnupfen
- Sonnenallergie
- Andere: x

Was ist bei Auftreten der Allergie zu tun:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Krankheiten

- keine Krankheiten
- Asthma
- .....
- .....
- .....
- .....

Welche Medikamente braucht Ihr Kind?  
Welche Massnahmen sind zu treffen?

\_\_\_\_\_

### Verschiedenes (Muss die Hauptleitung noch etwas wissen?)

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Eltern