



Gesundheitsblatt

Name Kind: Vorname Kind:

Hat Ihr Kind irgendwelche Krankheiten oder Allergien? ja nein

Wenn ja, welche:
.....

Benötigt Ihr Kind Medikamente? ja nein

Welche Medikamente (freiwillig):
.....

Einnahme regelmässig? ja nein

Therapie des Kindes:
.....

Essen, Zwischenverpflegung: kein Schweinefleisch
 nur vegetarisch

Wer ist im Notfall zu verständigen: (Name/Adresse/Tel.-Nr.)
1.
.....
.....
2.
.....
.....

Ihr Kind wird abgeholt: Zeit:

Ihr Kind geht alleine nach Hause: Zeit:

Ort, Datum: Unterschrift:

Besten Dank für das Ausfüllen. Sie helfen mit, dass im Notfall richtig reagiert werden kann. Selbstverständlich werden die Daten vertraulich behandelt!