

# Datenübersicht



Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gruppe: \_\_\_\_\_

Bekannte Allergien: \_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hausarzt (Adresse, Telefon): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versichert über:       Mutter     Vater               Familie

# Notfallnummern

Telefon Privat: \_\_\_\_\_

Mutter Mobil: \_\_\_\_\_

Mutter Arbeit: \_\_\_\_\_

Vater Mobil: \_\_\_\_\_

Vater Arbeit: \_\_\_\_\_

Weitere Personen die im Notfall verständigt werden können:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Abholberechtigte, welche im Vertrag vermerkt sind:

	<b>Name</b>	<b>Telefon</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

---

Datum, Unterschrift