

NOTFALLBLATT

Teilnehmer/in

Name: _____
Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Eltern

Ferienadresse des gesetzlichen Vertreters während des Lagers:

Tel.: _____

Arzt / Ärztin

Name: _____
Adresse: _____
Tel.: _____

☐ keine Beschwerden/ ☐ Bettnässer

☐ Schwimmer/ ☐ Nichtschwimmer

Gesundheitszustand

Allergien:

Medikamente:

**Verwaltung
durch Leiter?**

Dosis:

☐ Heuschnupfen: _____

☐ Ja ☐ Nein

☐ Insektenstiche: _____

☐ Ja ☐ Nein

☐ Asthma: _____

☐ Ja ☐ Nein

☐ Lebensmittel: _____

☐ Ja ☐ Nein

☐ Medikament: _____

☐ Ja ☐ Nein

☐ Andere: _____

☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Medikamente:

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

Besonderes/Bemerkungen:

Ohne Kopie des **Impfausweises** und der **Versicherungskarte** ist das
Notfallblatt **unvollständig!**

Ort, Datum, Unterschrift einer erziehungsberechtigten Person
