

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:

Heuschnupfen: _____

Insektenstiche: _____

Asthma: _____

Lebensmittel: _____

Medikament: _____

Andere: _____

Medikamente:

Verwaltung
durch Leiter?

Dosis:

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
