

Allergien / Krankheiten-Blatt

Bitte füllen Sie dieses Blatt so genau wie möglich aus, damit wir Ihrem Kind die bestmögliche Hilfe bieten können.

Name/Vorname:	
Adresse:	PLZ/Ort:

Notfallnummer:
(Eltern, Grosseltern, behandelnder Arzt)

Allergien Krankheiten:

Symptome:

Was ist zu tun.....

.....bei leichten Symptomen:

.....bei einem Notfall:

Datum:

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:

*Die Eltern/Erziehungsberechtigten geben mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben an. Bei Änderungen stehen sie in der Verpflichtung die Angaben zu aktualisieren und dem Betreuungsteam abzugeben.
Dieses Dokument ist persönlich am Betreuungsstandort Ihres Kindes abzugeben und wird vertraulich behandelt.*