



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.
.....
.....

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