

Notfall-Liste



Name des Kindes: _____

Telefon Eltern privat: _____

Telefon MutterArbeit: _____

Telefon Vater Arbeit: _____

Telefon Mutter mobil: _____

Telefon Vater mobil: _____

Mein Kind darf im Notfall auch abgeholt werden von:

Name: _____ Telefon: _____

Name: _____ Telefon: _____

Name: _____ Telefon: _____

Mein Kind hat folgende Krankheiten (z. B. Allergie o.ä.) und benötigt ggf. folgende Medikamente (z.B. Asthmaspray):

Datum _____ Unterschrift _____