



Notfallblatt Heiwäg 6403

01. – 04. Mai 2024

Name, Vorname Adresse

Geburtsdatum

Wer muss im Notfall verständigt werden? (Name, Adresse, Telefon, Natel)

.....
.....

Name, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes

.....

Krankenkasse, Versicherungsnummer

.....

Allergien oder Krankheiten (Asthma, Heuschnupfen, ...)

.....

Müssen regelmässig Medikamente eingenommen werden? (welche, wann, wie viele)

.....

Mein Kind nimmt die Medikamente selbständig.

Ja

Nein

Die Medikamente sollen vom Leiterteam abgegeben werden.

Ja

Nein

Mein Kind darf folgende Lebensmittel nicht essen (Allergien, Religion, Vegetarier*in, ...)

.....

.....

Unser Kind ist

Schwimmer*in

Nichtschwimmer*in

Anfänger*in

Bemerkungen

.....

.....

Legen Sie bitte eine Kopie des Impfausweises Ihres Kindes bei!

Ort, Datum und Unterschrift eines Elternteils

Dieses Informationsblatt dient der Lagerleitung als Entscheidungsgrundlage bei der Betreuung Ihres Kindes und ist deshalb gewissenhaft auszufüllen. Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt und das Notfallblatt wird nach dem Heiwäg vernichtet.