



Notfallinformationen über das Kind:

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Hauptversicherter: _____

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass das Personal der Kindertagesstätte „An der Störquelle“ im Notfall Kontakt zu dem unten genannten Arzt aufnehmen darf.

Name und Telefonnummer des Arztes:

(Falls Sie dies nicht möchten, streichen Sie den Text bitte einfach durch, danke)

Besonderheiten/Allergien:

Datum: _____

Unterschrift: _____