





**Angaben für medizinische Notfälle**

**Tagesmutter?** An welchen Tagen? .....

Wenn ja, bitte Name und Adresse, Telefonnummer: .....

.....

**Andere wichtige Telefonnummern:** .....

.....

**Hausarzt** (Name, Adresse, Telefonnummer): .....

.....

Allergien (Bienenstiche, Pollen, Erdbeeren, Milch, anderes): .....

.....

Spezielle Medikamente: .....

.....

Bemerkungen, Anliegen oder besondere Massnahmen: .....

.....

.....

.....

Zuzug nach Fislisbach am: .....

Zuzug von (Gemeinde / Schulhaus): .....

Anzahl Schuljahre bei Eintritt: .....

Ort und Datum:

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter: