



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: