

Durch die Eltern auszufüllen. Wird Ende Schulzeit vernichtet.

Vorname Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse Nr. _____

PLZ Ort _____

Namen Eltern _____

Tel-Nr./n für Telefonkette _____

Tel-Nr./n für Notfall _____

Krankenversicherung mit Ort
des Hauptsitzes _____

Hausarzt _____

Adresse Ort _____

Tel-Nr. Hausarzt _____

Medikamente (genauer Name) _____

Allergien (Gegenmassnahmen) _____

Anmerkungen (Platz auf Rückseite) _____

Unterschrift Eltern _____

Aktualisiert: _____ Unterschrift: _____

Aktualisiert: _____ Unterschrift: _____

Durch die Eltern auszufüllen. Wird Ende Schulzeit vernichtet.

Vorname Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse Nr. _____

PLZ Ort _____

Namen Eltern _____

Tel-Nr./n für Telefonkette _____

Tel-Nr./n für Notfall _____

Krankenversicherung mit Ort
des Hauptsitzes _____

Hausarzt _____

Adresse Ort _____

Tel-Nr. Hausarzt _____

Medikamente (genauer Name) _____

Allergien (Gegenmassnahmen) _____

Anmerkungen (Platz auf Rückseite) _____

Unterschrift Eltern _____

Aktualisiert: _____ Unterschrift: _____

Aktualisiert: _____ Unterschrift: _____