

## Notfallblatt

Name und Vorname:

Datum der letzten  
Starrkrampfpimpfung (Tetanus):  
Hausarzt (Name, Adresse, Tel.):

Mein Kind braucht Medikamente:

Wenn ja, welche:

Dosierung:

Mein Kind reagiert allergisch auf:

Kontaktadresse / oder  
Natelnummern im Notfall:

Bemerkungen:

Die Angaben werden vertraulich behandelt.

**Versicherung ist Sache der Teilnehmenden!**

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern: