



Gesundheitsblatt 2020/2021

Name des Kindes:

geboren am:

Gruppe:

Name der Mutter:

Tel: Privat:

Straße, Hausnr:

Tel: Arbeit:

PLZ, Ort:

Tel: Handy:

Email:

Name des Vaters:

Tel: Privat:

Straße, Hausnr.:

Tel: Arbeit:

PLZ, Ort:

Tel: Handy:

Email:

Für den Notfall - sonstige Personen:

Allergien und allergische Reaktionen:

Individuelle Vorerkrankungen?(Fieberkrämpfe, ...)

Hausarzt

Name :

Tel:

Kinderarzt

Name :

Tel:

Krankenkasse:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Mutter

.....
Unterschrift Vater