Erfassung am:

Kinderdatenblatt von :

geboren am: Gruppe:

Anschrift:

Personensorgeberechtigte		
(Mutter)		(Vater)
	Name	
	Vorname	
	Anschrift	
	Telefon	
	E-mail	
	Arbeitsstätte	
	Telefon-Arbeit	

NOTFALLTELEFONNUMMER 1:	**WER?:**
NOTFALLTELEFONNUMMER 2:	**WER?:**

Leidet Ihr Kind an Allergien und/oder Krankheiten?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja an welchen?		
Krankenkasse des Kindes:		
Bei wem versichert?		
Arzt des Kindes - Telefonnummer:		
Entsprechend des Alters ist der Impfschutz gegeben? (Tetanus)	☐ ja	☐ nein

Wer darf das Kind abholen?

(Name, Vorname - Adresse - Telefonnummer)

Datum, Ort Unterschrift Personensorgeberechtigte