

## Notfallblatt

Ab März 2016

**Liebe Eltern.**  
**Bitte füllen Sie dieses Notfallblatt sorgfältig aus.**  
 Die Daten werden vertraulich behandelt.

Name / Vorname des Kindes:		
Geburtsdatum:		
Adresse:		
Telefon privat:		
E-Mailadresse(n):		
Telefon / Natel während der Waldzeit: 10-15 Uhr	Mutter Natel:	Mutter Geschäft:
	Vater Natel:	Vater Geschäft:
Ist Ihr Kind geimpft?	Starrkrampf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn Nein, wie muss im Notfall gehandelt werden?	
Leidet Ihr Kind an chronischen Krankheiten oder an Allergien (Asthma, Neurodermitis...)?	Welche?	
Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?	Welche?	
Dürfen Ihrem Kind im Notfall homöopathische Mittel verabreicht werden?	Homöopathische Mittel: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn NEIN, welche Mittel? _____	
Leidet Ihr Kind unter besonderen Ängsten (Höhenangst...)?	Welche?	
Bemerkungen, Anliegen oder besondere Massnahmen:		
Datum / Unterschrift:		