



Daten des Kindes

Vorname _____ Nachname _____
Straße _____ Hausnr. _____
PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____
Geschlecht des Kindes männlich weiblich divers

Schule _____

Allergien _____
(Chronische) Erkrankungen _____

Mein Kind benötigt ja nein
Notfallmedikamente
Wenn ja, welche Medikamente _____

Erziehungsberechtigte/r

Vorname _____ Nachname _____
Straße _____ Hausnr. _____
PLZ _____ Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

Zusätzlicher Notfallkontakt

Name _____ Telefon _____

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos, auf denen mein Kind zu erkennen ist, veröffentlicht werden dürfen (z.B. in der Gemeindezeitung).

Ich wünsche die Zusendung der Rechnung per E-Mail.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r