



NOTFALLKARTE

Bitte dieses Formular am ersten Camp-Tag in einem verschlossenen Couvert am Infostand vor Ort abgeben. Die Daten werden vertraulich behandelt und das Couvert wird nur im Notfall geöffnet.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Personalien Kind:

Name/Vorname.

Adresse:

PLZ/Ort

Wer muss im Notfall informiert werden:

Name/Vorname

Tel. Nr:

Hausarzt:

Name/Vorname

Adresse:

PLZ/Ort:

Tel. Nr. :

Krankenkasse:

Gesellschaft:

Policen Nr.

Freie Arztwahl

ja

nein

Unfallversicherung (falls nicht identisch mit Krankenkasse):

Gesellschaft:

Policen Nr.

Allergien/Sonstiges:

Muss Ihr Kind regelmässig Medikament einnehmen?

Datum:

Unterschrift:
