

NOTFALLABSCHNITT: Simonyhof- Radstadt 17.1. – 22.1.2016

Name : _____ Vorname: _____ Klasse _____

Geb.Dat. _____ SozialVers.Nr. _____

Mitversichert bei Vater/Mutter Name _____ Geb.Dat. _____

SozialVers.Nr. _____

Letzte Tetanusimpfung am: _____ Mein Kind hat folgende

Allergien: _____

Mein Kind hat folgende chronische Krankheiten (ankreuzen):

☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Anfallsleiden ☐ keine bekannt

Notfalltelefonnummern:

Sonstige: _____ Name: _____

Tel.Nr.: _____