

Persönliches Notfallblatt

..... (Name des Teilnehmenden)
..... (Name der Abteilung)

1. Daten zum Teilnehmenden

Wohnadresse
PLZ / Ort
Geburtsdatum
Telefonnummer
Heimatort / Land

Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt? Wenn JA, welche? Massnahmen / Medikamente?

.....
.....

Müssen regelmässig Medikamente eingenommen werden? JA / NEIN

Wenn JA, welche?

.....

Wann? Wie? Wie viel?

.....

► **Bitte in diesem Fall genügend Medikamente mitgeben und die Leitung unbedingt informieren!**

2. Adresse der Eltern während der Lagerzeit

Vor- und Nachname des Vaters/der Mutter
Strasse
PLZ / Ort
Telefon

3. Krankenkasse / Unfallversicherung / Hausarzt

Krankenkasse (inkl. Versicherungsnummer)

Unfallversicherung

Name und Adresse Hausarzt.....

.....

4. Bemerkungen oder besondere Wünsche des Teilnehmenden / der Eltern

.....
.....
.....
.....
.....

5. Kopie des Impfausweises / Versicherung

Bitte diesem Notfallblatt **eine aktuelle Kopie des Impfausweises** beilegen. Versicherung (Krankheit / Unfall / Haftpflicht) ist Sache des Teilnehmers. Mit der Unterschrift wird davon Kenntnis genommen.

Ort, Datum Unterschrift des TN
(falls <18 Jahre alt zusätzl Unterschrift der Eltern)