

Notfallblatt Kita Farfallina

Name des Kindes:	Vorname des Kindes:
Eintritt per:	Gruppe:
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	Betreuung:
Heimatort / Heimatland:	Geburtsort:
Sprache/n:	Geburtstag:
Notfalltelefon:	
Notfallmail:	
Elternadresse:	
Krankenkasse:	
Versicherungsnummer:	
Blutgruppe:	
Allergien:	
Krankheiten:	
Kinderkrankheiten:	
Impfungen:	
Neigt das Kind zu Fieber oder Krämpfen?	☐ ja ☐ nein
Benötigt das Kind Dauermedikamente / -salben?	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?	
Dürfen homöopathische Mittel verabreicht werden?	☐ ja ☐ nein
Braucht das Kind eine spezielle Diät?	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?	
Name Kinderarzt:	
Adresse Kinderarzt:	
Telefon Kinderarzt:	
(In Notfällen wendet sich das Betreuungsteam an den Notfallarzt und benachrichtigt die Eltern umgehend)	

Notfallblatt Kita Farfallina

Name der Mutter:	Vorname der Mutter:
Telefon mobil:	Geburtstag:
Arbeitgeber:	Beruf:
Adresse Arbeitgeber:	
Telefon Arbeitgeber:	E-Mail der Mutter:
Name des Vaters:	Vorname des Vaters:
Telefon mobil:	Geburtstag:
Arbeitgeber:	Beruf:
Adresse Arbeitgeber:	
Telefon Arbeitgeber:	E-Mail des Vaters:
Zivilstand der Eltern: ☐ Verheiratet ☐ Konkubinat ☐ Getrennt	
Sorgerecht liegt bei: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Gemeinsam	
Notfallperson:	Telefon:
Status Notfallperson	Telefon mobil:
Benötigt das Kind noch Windeln?	☐ ja ☐ nein
Benötigt das Kind noch Windeln zum Schlafen?	☐ ja ☐ nein
Das Kind wird gebracht von:	Zeitpunkt:
Das Kind wird abgeholt von:	Zeitpunkt:
Mit den nötigen Sicherheitsvorkehrungen bei Ausflügen: Dürfen wir mit dem Kind Verkehrsmittel benutzen? (Bus, Tram, Postauto, Schiff, Zug, Fahrrad, Auto, etc.)	
☐ ja ☐ nein	
Weitere Bemerkungen:	
Anliegen / Wünsche:	
Ort und Datum	Unterschrift