



# Kinderfeuerwehr Müsingen



## Medizinische und sonstige wichtige Informationen

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse / Wohnort

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

Mein/Unser Kind hat folgende Allergien:

\_\_\_\_\_

Mein/Unser Kind hat folgende Notfallmedikamente:

\_\_\_\_\_

Mein/Unser Kind nimmt folgende Medikamente ein:

\_\_\_\_\_

Dinge, die zu beachten sind / Sonstiges:

\_\_\_\_\_

Wenn sich weitere wichtige Dinge ergeben oder ändern, gebe/n ich/wir diese umgehend an die Leitung der Kinderfeuerwehr Müsingen weiter. Ich/wir erlauben hiermit den Betreuern in einem medizinischen Notfall entsprechend handeln zu dürfen.

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten