

## Notfallblatt Aktivitäten

Pfadiname: .....

Vorname: ..... Nachname: .....

Geburtstag: ..... Stufe/ Einheit: .....

Telefon: ..... Handy: .....

### Kontakt Eltern:

Name: .....

E-Mail: ..... Handy: .....

### Notfallkontakt 1:

Name: ..... Telefon: .....

### Notfallkontakt 2:

Name: ..... Telefon: .....

### Gesundheitszustand:

Allergien: .....

Besondere Essgewohnheiten: .....

Datum letzte Starrkrampfimpfung: .....

### Medikamente:

Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbständig verabreichen.

Ja       Nein

### Bemerkungen:

.....

Die Daten werden vertraulich behandelt und nach Stufenübertritt oder Austritt vernichtet.

Ort & Datum: ..... Unterschrift: .....