

Aufnahme Kinderbeaufsichtigung

Name Kind: _____

Geburtsdatum: _____

Name Mutter: _____

Handynummer Mutter: _____

Allergien: _____

Krankheiten/Medikamente: _____

(Medikamente muss Mutter selbst geben)

Schlafenszeiten: _____

Essenszeiten: _____

Im Notfall kontaktieren (nicht Mutter):

Name: _____

Telefonnummer: _____

Sonstige Bemerkungen: _____

Datum:

Unterschrift: