

CEVI URDORF KONTAKTBLATT



PERSÖNLICHE ANGABEN

NAME	_____	GEBURTSTAG	_____
VORNAME	_____	FOTO	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
CEVINAME	_____		
STRASSE	_____		
PLZ / ORT	_____		
TELEFON	_____		
NATEL	_____		
VERSAND	<input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Post Bevorzugte Versandart		
EMAIL	_____		

NOTFALLADRESSEN

Im Notfall zu kontaktieren

1. Person

NAME	_____
VORNAME	_____
STRASSE	_____
PLZ / ORT	_____
TELEFON 1	_____
TELEFON 2	_____

2. Person

NAME	_____
VORNAME	_____
STRASSE	_____
PLZ / ORT	_____
TELEFON 1	_____
TELEFON 2	_____

ARZT / VERSICHERUNGEN

Hausarzt

NAME	_____
STRASSE	_____
PLZ / ORT	_____
TELEFON	_____

Unfallversicherung

NAME	_____
STRASSE	_____
PLZ / ORT	_____
TELEFON	_____

ALLERGIEN

Allergie

- HEUSCHNUPFEN
- BIENEN / WESPENSTICHE
- ASTHMA BEI / NACH
- LEBENSMITTEL (Produkt)
- MEDIKAMENT (Wirkstoff)
- WEITERES

Medikament / Bemerkungen

BEMERKUNGEN

(Rückenleiden, Ergänzungen zu Allergien, Gesundheitszustand, ...)

DATUM	_____
UNTERSCHRIFT DES GES. VERTRETERS	_____

Diese Daten sind ausschliesslich für das Leiterteam des Cevi Urdorf bestimmt und werden nicht an Dritte weitergegeben.
Das ausgefüllte Formular zurück an den Gruppen-/Stufenleiter oder an den Adressverwalter.