



NOTFALLBLATT / FICHE D'URGENCE

Name/Nom: _____

Vorname/Prénom: _____

Adresse/Adresse: _____

Telefon der Eltern während des Tages/
Numéro de téléphone des parents: _____

Geburtsdatum/Date de naissance: _____

Unfallversicherung/Assurance accidents: _____

Krankenkasse/Caisse maladie: _____

Hausarzt/Médecin de famille:
Name, Vorname/Nom, prénom: _____

Adresse/Adresse: _____

Telefon/Téléphone: _____

Regagönnerschaft/Membre Rega: vorhanden/oui nicht vorhanden/non

Schuhgrösse (Inline Rollers oder Schlittschuhe)
Pointure (Rollers inline ou patins): _____

Gesundheitliche Beschwerden/Problèmes de santé: ja/oui nein/non

Wenn ja, welche
Si oui, lesquels: _____

Medikamenteneinnahme/Médicaments: ja/oui nein/non

Wenn ja, wann, wieviel und was (bitte genau notieren)
Si oui, quoi? Combien? Quand? (merci de noter exactement): _____

Allergien/Allergies: _____

Bemerkungen/Remarques: _____

Datum/Date:

Unterschrift/Signature: