

NOTFALLDATEN Schuljahr 2020/21



Bitte füllen Sie alle Felder **LESERLICH** und **VOLLSTÄNDIG** aus!

Wichtig: Alle Informationen werden vertraulich behandelt und sind nur für den Notfall gedacht.

| | |
|------------------------|--|
| Name des Kindes: _____ | Sozialversicherungsnummer des Kindes: _____ |
| Klasse: _____ | Versicherung: _____ |
| Wohnadresse: _____ | |

Erziehungsberechtigt:
 beide Elternteile Mutter Vater andere: _____

| | |
|--|--|
| Mutter | Sozialversicherungsnummer nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist: |
| Nachname: _____ | _____ |
| Vorname: _____ | _____ |
| Arbeitsplatz der Mutter | Telefon/privat; Telefon/Arbeitsplatz: |
| Firma.: _____ | _____ |
| genaue Anschrift: _____ | _____ |
| Erreichbar in der Zeit von _____ bis _____ | e-mail-Adresse: _____ |

| | |
|--|--|
| Vater | Sozialversicherungsnummer nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist: |
| Nachname: _____ | _____ |
| Vorname: _____ | _____ |
| Arbeitsplatz des Vaters | Telefon/privat; Telefon/Arbeitsplatz: |
| Firma.: _____ | _____ |
| genaue Anschrift: _____ | _____ |
| Erreichbar in der Zeit von _____ bis _____ | e-mail-Adresse: _____ |

| Weitere Kontaktpersonen, die im Notfall verständigt werden sollen (Großeltern, Nachbar, Tante/Onkel,...): | |
|---|---------|
| Name und genaue Angaben (Tante, Nachbar, Oma, Opa,...) | Telefon |
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |

| | |
|--|---|
| Wichtige Informationen für den Notfall: | |
| Bei meinem Kind bestehen folgende Allergien: | <input type="checkbox"/> keine |
| Im Notfall dürfen meinem Kind Kalium-Jodid-Tabletten verabreicht werden. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Datum der letzten Tetanus Impfung: _____ | |

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen sofort zu melden.
- Adressänderungen bitte immer SOFORT mit Beilage eines Meldezettels mitteilen.

| | |
|--------------|---------------------|
| Datum: | Unterschrift: |
|--------------|---------------------|