

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: _____	

Wichtige Informationen:



Anfallskind
Notfallmedikamente und Dosierung



Allergien:

Rollstuhlkind Fahrtendienst

Medikamente, die während des Schultages eingenommen werden müssen:
(Name des Medikamentes, Dosierung, Uhrzeit der Einnahme)

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="radio"/> keine
Im Notfall dürfen meinem Kind Kalium-Jodid-Tabletten verabreicht werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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:
--------------	---------------------