

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

Nachname: _____

Vorname: _____

Arbeitsplatz der Mutter

Firma.: _____

genaue Anschrift:

Erreichbar in der Zeit von _____ bis _____

Sozialversicherungsnummer

nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist:

Telefon/privat; Telefon/Arbeitsplatz:





e-mail-Adresse: _____

Vater

Nachname: _____

Vorname: _____

Arbeitsplatz des Vaters

Firma.: _____

genaue Anschrift:

Erreichbar in der Zeit von _____ bis _____

Sozialversicherungsnummer

nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist:

Telefon/privat; Telefon/Arbeitsplatz:





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:	O keine
Im Notfall dürfen meinem Kind Kalium-Jodid-Tabletten verabreicht werden.	O ja O 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:
--------------	---------------------