

Informationen im Notfall Schuljahr \_\_\_\_\_

F o t o
------------------

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte

Vater	Mutter
Anschrift	ggf. andere Anschrift
<b>Telefonnummern:</b> privat mobil Arbeit	<b>Telefonnummern:</b> privat mobil Arbeit
<b>E-Mail:</b>	<b>E-Mail:</b>

Vertrauensperson (Verwandtschaft, Nachbar):

\_\_\_\_\_

Wenn wir nicht erreichbar sind, dann soll verständigt werden: (Name, Telefon):

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Hausarztes

\_\_\_\_\_

Unser Kind ist krankenversichert bei (Krankenkasse)

Mit  Vater  Mutter bei :

\_\_\_\_\_

Allergien/Krankheiten/Medikamente mit Dosierung/Besonderheiten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)