****Notfalldatenblatt

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kind |  Nachname des Kindes | Vorname | Geburtsdatum | Klasse |
| Adresse | Staatsbürgerschaft | Versicherungsnummer |
| Mitversichert bei (Nach- und Vorname) | Geburtsdatum | Vers.-Anstalt | Versicherungsnummer |
| Erziehungsberechtigte/r | Nachname des/der Erziehungsberechtigten | Vorname |
| Adresse |
| Tel.Nr. privat | Tel.Nr. Handy | Tel.Nr. Arbeit |
| Erziehungsberechtigte/r | Nachname des/der Erziehungsberechtigten | Vorname |
| Adresse |
| Tel.Nr. privat | Tel.Nr. Handy | Tel.Nr. Arbeit |
| Sollte ich im Notfall nicht erreichbar sein, soll eine der folgenden Personen verständigt werden. Diese sind auch berechtigt, mein Kind von der Schule abzuholen: |
| Name | Bezug zum Kind | Tel. Nr. |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| Berechtigte Auskunftsempfänger in schulischen Angelegenheiten:Mutter und Vater nur Mutter nur VaterWer sonst? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Bei meinem Kind bestehen folgende Allergien:  | keine |
| Mein Kind hat Epilepsie/Krampfanfälle: ja nein | Wenn ja: Der letzte Anfall war am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Mein Kind muss folgende Medikamente in der Schule einnehmen: (Bitte die ärztliche Verordnung vorlegen!) |
| Datum der letzten Impfungen:  | Tetanus | FSME (Zecken) |
| Wenn bei einem atomaren Katastrophenfall die sofortige Entlassung der Schüler angeordnet wird, wird mein Kind sofort abgeholt selbstständig heimfahren bzw. heimgehen |

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen, insbesondere von Telefonnummern, der Schule sofort mitzuteilen. Soll mein Kind ausnahmsweise von anderen Personen (als den hier angegebenen) abgeholt werden, muss ich die Schule darüber vorher schriftlich informieren.