

Notfalldaten SJ 20__/_/___



Kind	Nachname des Kindes		Vorname		Geburtsdatum		Klasse		
	Adresse					Versicherungsnummer			
		Mitversichert bei (Nach- und Vorname)		Geburtsdatum		Vers.-Anstalt		Versicherungsnummer	
Erziehungsberechtigte/r	Nachname des/der Erziehungsberechtigten					Vorname			
	E-Mail Adresse								
	Tel.Nr. privat			Handynummer			Tel.Nr. Arbeit		
Erziehungsberechtigte/r	Nachname des/der Erziehungsberechtigten					Vorname			
	E-Mail Adresse								
	Tel.Nr. privat			Handynummer			Tel.Nr. Arbeit		
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	
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Bilder, auf denen mein Kind zu sehen ist, im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Homepage, Zeitung) zur Ansicht gelangen.						<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Datum der letzten Tetanusimpfung:									
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				Verwandtschaftsverhältnis			Tel.Nr.		
1.									
2.									
3.									

Ich bin darüber informiert, 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, werde ich die LehrerInnen darüber vorher schriftlich informieren.

Datum: _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten