



NOTFALLADRESSE

Familien- und Vorname der Schülerin/des Schülers _____

geboren am _____

Krankenversicherung der Schülerin/des Schülers _____

Versicherungsnummer

Erziehungsberechtigte/r:	
Wohnadresse:	
Telefon:	
E-Mail:	
Erreichbarkeit am Arbeitsplatz:	

Erziehungsberechtigte/r:	
Wohnadresse:	
Telefon:	
E-Mail:	
Erreichbarkeit am Arbeitsplatz:	

IM NOTFALL (Erkrankung, Unfall, vorzeitiges Ende des Unterrichts u.a.m.) ersuche ich im Falle meiner Nichterreichbarkeit eine der folgenden Personen zu verständigen:

1. _____ Tel. Nummer: _____

2. _____ Tel. Nummer: _____

Impfungen – Allergien - Erkrankungen

Tetanusimpfung am : _____ Allergien: _____

FMSE-Impfung/Zeckenschutz: _____

Besondere Erkrankungen (zB: Diabetes, Asthma ...): _____

Das Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden (bitte auch um Bekanntgabe der Telefonnummer):

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten