

Notfallblatt Schule Silenen-Amsteg-Bristen



Kind: []

Name	[]
Vorname	[]
Adresse	[]
Geburtsdatum	[]
Nationalität	[]
Konfession	[]
Hausarzt (Name und Tel.)	[]
Zahnarzt (Name und Tel.)	[]

Medizinisches:

Durchgemachte Kinderkrankheiten:	[]
Ist Ihr Kind gegen etwas allergisch?	[]
Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?	[]
Bemerkungen:	[]

Erziehungsberechtigte:

Mutter	Vorname	[]	
	Name	[]	
	Beruf	[]	
	Tel./Natel	Tel: []	Natel: []
	E-mail	[]	
Vater	Vorname	[]	
	Name	[]	
	Beruf	[]	
	E-Mail	[]	
	Tel./Natel	Tel: []	Natel: []
Sorgerecht bei getrennt lebenden Eltern (ja / nein)		Mutter: []	Vater: []

Notfälle:

In Notfällen anzurufen	Wen?	Tel.	Wann erreichbar?
1	[]	[]	[]

2	[]	[]	[]
3	[]	[]	[]

Bitte jährlich ausfüllen und unterschreiben:

Schuljahr	Klasse	Datum	Ort	Unterschrift Eltern
[]	[]	[]	[]	
Bemerkungen: []				

Schuljahr	Klasse	Datum	Ort	Unterschrift Eltern
[]	[]	[]	[]	
Bemerkungen: []				

Schuljahr	Klasse	Datum	Ort	Unterschrift Eltern
[]	[]	[]	[]	
Bemerkungen: []				

Schuljahr	Klasse	Datum	Ort	Unterschrift Eltern
[]	[]	[]	[]	
Bemerkungen: []				

Schuljahr	Klasse	Datum	Ort	Unterschrift Eltern
[]	[]	[]	[]	
Bemerkungen: []				

Schuljahr	Klasse	Datum	Ort	Unterschrift Eltern
[]	[]	[]	[]	
Bemerkungen: []				

Schuljahr	Klasse	Datum	Ort	Unterschrift Eltern
[]	[]	[]	[]	
Bemerkungen: []				

Schuljahr	Klasse	Datum	Ort	Unterschrift Eltern
[]	[]	[]	[]	
Bemerkungen: []				