

| |
|--------|
| |
| Klasse |

| |
|-----------|
| |
| Schuljahr |

Daten

| |
|--------------|
| |
| FAMILIENNAME |

| |
|---------|
| |
| Vorname |

| |
|--------|
| |
| SV-Nr. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| T | T | M | M | J | J |

| |
|--|
| |
| Adresse (Straße, Hausnummer/Stiege/Tür, Postleitzahl, Ort) |

| |
|---------------|
| |
| Telefonnummer |

erziehungsberechtigt

Eltern

Mutter

Vater

andere Person:

| |
|--|
| |
|--|

Zutreffendes ankreuzen!

Im Notfall zu verständigen

Mutter

spricht Deutsch

| |
|----------------------|
| |
| FAMILIENNAME Vorname |

| |
|---------------|
| |
| Telefonnummer |

| |
|-----------------|
| |
| E-Mailadresse * |

Vater

spricht Deutsch

| |
|----------------------|
| |
| FAMILIENNAME Vorname |

| |
|---------------|
| |
| Telefonnummer |

| |
|-----------------|
| |
| E-Mailadresse * |

andere

spricht Deutsch

| |
|----------------------|
| |
| FAMILIENNAME Vorname |

| |
|---------------|
| |
| Telefonnummer |

| |
|-----------------|
| |
| E-Mailadresse * |

*) nur angeben, wenn der Posteingang täglich kontrolliert wird

Änderungen oder zusätzliche Informationen (wird vom Klassenvorstand ausgefüllt)

| |
|--|
| |
|--|

Angaben zur Gesundheit

Allergien, Krankheiten und Medikamente

| |
|--|
| |
|--|

Kaliumjodidtabletten

Nach einem Strahlenunfall dürfen Tabletten verabreicht werden.

ja

nein

Zutreffendes ankreuzen!

Bestätigung der Richtigkeit der Angaben

| |
|----------------------|
| |
| FAMILIENNAME Vorname |

| |
|-------|
| |
| Datum |

| |
|--------------------------------------|
| |
| Unterschrift Erziehungsberechtigte/r |

Alle Angaben auf diesem Notfallblatt werden ausschließlich im Notfall an Dritte weitergegeben.