

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 <input type="checkbox"/>	FAMILIENNAME Vorname	Telefonnummer	E-Mailadresse *
Vater			
spricht Deutsch <input type="checkbox"/>	FAMILIENNAME Vorname	Telefonnummer	E-Mailadresse *
andere			
spricht Deutsch <input type="checkbox"/>	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.