

**Notfallblatt**

<b>Name:</b>		
<b>Vorname:</b>		
<b>Strasse:</b>		
<b>Wohnort:</b>		
<b>Telefon Privat</b>		
<b>Mobiltelefon:</b>	Mutter:	Vater:
<b>Telefon Arbeitsstelle:</b>	Mutter:	Vater:
<b>Weitere Tel.-Nr. für Notfälle</b>	Namen:	
<b>Mail-Adresse:</b>	Mutter:	Vater:

<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geschlecht:</b>
<b>Heimatort/</b>	<b>Sprache:</b>
<b>Nationalität:</b>	<b>Anzahl Geschwister</b>

<b>Name Vorname Mutter:</b>
<b>Name Vorname Vater:</b>
<b>Erziehungsberechtigte Person:</b>

<b>Klasse:</b>	<b>Klasse Bezeichnung:</b>
<b>Schulhaus:</b>	<b>Klassenlehrkraft:</b>

<b>Haus- od. Kinderarzt:</b>	Name und Adresse
<b>Telefon:</b>	<b>Krankenkasse</b>

Wichtige Mitteilungen (z.B. Medikamenteneinnahme, Allergien, Diät usw.)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_