

Notfallblatt

Name:		
Vorname:		
Strasse:		
Wohnort:		
Telefon Privat		
Mobiltelefon:	Mutter:	Vater:
Telefon Arbeitsstelle:	Mutter	Vater
Weitere Tel.-Nr. für Notfälle		Wer?

Geburtsdatum:	Geschlecht:
Heimatort/	Sprache:
Nationalität:	Anzahl Geschwister

Name Vorname Mutter:
Name Vorname Vater:
Erziehungsberechtigte Person:

Klasse:	Klasse Bezeichnung:
Schulhaus:	Klassenlehrkraft:

Haus- od. Kinderarzt:	Name und Adresse
Telefon:	Krankenkasse

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

Datum: _____ Unterschrift: _____