



NOTFALLADRESSEN

SCHULJAHR 2017/18

Bitte genau ausfüllen und leserlich schreiben!

Wichtig: Alle Informationen werden vertraulich behandelt und sind nur für den Notfall gedacht.

Name des Kindes:		Sozialversicherungsnummer des Kindes: _____
Staatsbürgerschaft:	Klasse:	Versicherungsanstalt: _____
Wohnadresse:		Telefon privat: Email:
Sonstiges: z.B.: Allergien, Epilepsie, Diabetes, usw.		Blutgruppe: Datum Tetanus-Impfung: Datum Zeckenimpfung:

Erziehungsberechtigt: Bitte ankreuzen!

beide Elternteile Mutter Vater andere: _____

Mutter Name: Vorname:	Sozialversicherungsnummer nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist: _____
Arbeitsplatz der Mutter Fa.: _____ genaue Anschrift: Erreichbar in der Zeit von _____ bis _____	Telefon / Arbeitsplatz: _____ _____

Vater Name: Vorname:	Sozialversicherungsnummer nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist: _____
Arbeitsplatz des Vaters Fa.: _____ genaue Anschrift: Erreichbar in der Zeit von _____ bis _____	Telefon / Arbeitsplatz: _____ _____

Weitere Kontaktpersonen, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name und genaue Angaben (z.B.: Schwester, Nachbarin, ...)	Telefon: _____



Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin Änderungen sofort zu melden.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

