



Notfalldaten

DATEN DES SCHÜLERS/DER SCHÜLERIN

FAMILIENNAME _____
VORNAME _____
Adresse _____
PLZ, Ort _____
SVNR _____

MUTTER

Familienname _____ Vorname _____
Wohnadresse _____ Tel/priv _____
E-Mail _____ Tel/Arbeit _____
 erziehungsberechtigt auskunftsberechtigt verständigen im Notfall abholberechtigt wohnt auch bei

VATER

Familienname _____ Vorname _____
Wohnadresse _____ Tel/priv _____
E-Mail _____ Tel/Arbeit _____
 erziehungsberechtigt auskunftsberechtigt verständigen im Notfall abholberechtigt wohnt auch bei

SONST. PERS.

Familienname _____ Vorname _____
_____ Telefon _____
 verständigen im Notfall abholberechtigt

Familienname _____ Vorname _____
_____ Telefon _____
 verständigen im Notfall abholberechtigt

IMPFUNGEN, ALLERGIEN UND KRANKHEITEN

Mein Kind ist gegen Zecken geimpft: JA Datum: _____ NEIN

Mein Kind ist gegen Tetanus geimpft: JA Datum: _____ NEIN

Mein Kind hat folgende Allergien: _____

Mein Kind hat folgende Krankheiten: _____

Mein Kind muss folgende Medikamente einnehmen: _____

HORT

Adresse: _____

An folgenden Tagen: MO DI MI DO FR

Datenschutzerklärung: Ich stimme zu, dass die Daten meines Kindes und meine Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes an die Rettung/die behandelnden Ärzte weitergegeben werden dürfen, sollte dies notwendig werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte