



Notfalldaten

DATEN DES SCHÜLERS/DER SCHÜLERIN

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

MUTTER

Familiennamen _____ Vorname _____
Wohnadresse _____ Tel / privat _____
E-Mail _____ Tel / Arbeit _____
☐ erziehungsberechtigt ☐ auskunftsberechtigt ☐ verständigen im Notfall ☐ abholberechtigt ☐ wohnt auch bei

VATER

Familiennamen _____ Vorname _____
Wohnadresse _____ Tel / privat _____
E-Mail _____ Tel / Arbeit _____
☐ erziehungsberechtigt ☐ auskunftsberechtigt ☐ verständigen im Notfall ☐ abholberechtigt ☐ wohnt auch bei

SONST. PERS.

Familiennamen _____ Vorname _____
Verwandschaftsgrad: _____ Telefon _____
☐ verständigen im Notfall ☐ abholberechtigt
Familiennamen _____ Vorname _____
Verwandschaftsgrad: _____ 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: _____

GANZTAGSBETREUUNG/ OVS

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