



Für den Notfall (vertraulich)

Schüler/in

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Gesetzlicher Vertreter
Name, Vorname

.....
Adresse (wenn abweichend vom Schüler/Schülerin)

Gesetzlicher Vertreter
Name, Vorname

.....
Adresse (wenn abweichend vom Schüler/Schülerin)

Angaben für den Notfall

Kinder- / **Hausarzt** _____ Tel.: _____ in: _____

Krankenkasse des Hauptversicherten: _____ in: _____

pflicht- freiwillig- familien- privat-versichert

In einem Notfall sind die Erziehungsberechtigten unter folgenden **Telefonnummern** zu erreichen (privat, dienstlich, Handy, ggf. auch Verwandte und Nachbarn):

Telefonnummer, Name

Telefonnummer, Name

Es bestehen bei der/dem o. g. Schüler/in schwerwiegende Erkrankungen (z. B. Anfallsleiden, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Herzfehler, bedrohliche Allergien (ggf. wogegen), psychische Erkrankungen)

nein ja

Sollte die Gefahr akuter Zwischenfälle (z. B. Diabetes mellitus, Asthma, Krampfanfall) bestehen, geben Sie bitte an, welche **Maßnahmen** die Schule ggf. ergreifen soll.

Datum der letzten Tetanus-Impfung: _____

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass diese Angaben im Notfall dem Arzt mitgeteilt werden.

Ich/wir versichere/versichern, dass die Angaben zum Gesundheitszustand meines/unseres Kindes wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich/wir Sorge/sorgen für notwendige Aktualisierung der Angaben.

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten