

Erreichbarkeit in Notfällen

Name des/der Schülers/in: _____

Vollständige Adresse und Telefonnummer:

Erziehungsberechtigter: _____

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

Handynummer: _____

Weitere Ansprechpartner:

Ich gebe mein Einverständnis, dass meiner Tochter/ meinem Sohn bei Notwendigkeit jeglicher ärztlicher Versorgung diese auch erbracht werden darf.

Besondere Angaben zur Person

Leidet Ihr Kind unter einer bestimmten Krankheit/ Allergie oder an anderen Beeinträchtigungen?

ja nein

Art der Krankheit/Allergie: _____

Allergieauslösender Stoff: _____

Medikamenteneinnahme: ja nein

Art des Medikaments: _____

Lagerhinweise: _____

Einnahmezeiten: _____

Sonstige besondere Hinweise: _____

Adresse und Telefonnummer des behandelnden Arztes/ Hausarztes:

Hat Ihr Kind besondere Essgewohnheiten aus gesundheitlichen oder religiösen Gründen?

ja und zwar _____

nein

Ist Ihr Kind für gewisse Aktivitäten (z.B. wandern, klettern, ...) körperlich eingeschränkt?

ja und zwar _____

nein