



Bitte füllen Sie dieses Notfallblatt vollständig aus. Die Informationen werden innerhalb der Schule vertraulich behandelt und am Ende der 6. Klasse vernichtet.

Name und Vorname des Kindes :

Für Notfälle eine Telefonnummer, wo sicher immer jemand erreicht werden kann.

Handy-Nummer :

Geschäftsnummer :

Details zur Gesundheit Ihres Kindes

Hat das Kind irgendwelche Krankheiten ?

Wenn **JA**, welche Krankheit ?

.....

Ist das Kind auf etwas allergisch ?

Wenn **JA**, worauf ist es allergisch ?

.....

Brauche ich als Lehrperson zusätzliche Informationen zur Krankheit/Allergie ?

Wenn **JA**, welche ?

.....

Muss das Kind regelmässig Medikamente nehmen ?

Wenn **JA**, welche Medikamente ?

.....

In welcher Dosierung und wann müssen diese eingenommen werden ?

.....

Bitte genaue Adresse/Name/Telefonnummer des Kinderarztes angeben :

.....

.....

Darf Ihr Kind Schweinefleisch essen ? Ja Nein (betreffendes ankreuzen)

Wenn Ihr Kind von einer Tagesmutter und/oder von Verwandten betreut wird, an den Mittagstisch geht, bitte Angabe der genauen Adresse mit Telefonnummer

MO DI MI DO FR (betreffende Tage ankreuzen)

Name der Person oder Institution:

Adresse: Telefonnummer:

MO DI MI DO FR (betreffende Tage ankreuzen)

Name der Person oder Institution:

Adresse: Telefonnummer:

MO DI MI DO FR (betreffende Tage ankreuzen)

Name der Person oder Institution:

Adresse: Telefonnummer:

MO DI MI DO FR (betreffende Tage ankreuzen)

Name der Person oder Institution:

Adresse: Telefonnummer:

MO DI MI DO FR (betreffende Tage ankreuzen)

Name der Person oder Institution:

Adresse: Telefonnummer:

Datum und Unterschrift der Eltern:

.....