



NOTFALLADRESSEN

SCHULJAHR 2017/2018

Bitte füllen Sie alle Felder LESERLICH und VOLLSTÄNDIG aus!	
Wichtig: Alle Informationen werden vertraulich behandelt und sind nur für den Notfall gedacht	
Name des Kindes:	Sozialversicherungsnummer des Kindes:
Klasse:	Versicherung: _____
Wohnadresse:	Telefon/Privat:
	e-mail:
Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere: _____	
Mutter Name:	Sozialversicherungsnummer nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist:
Vorname:	
Arbeitsplatz der Mutter Firma.: _____ genaue Anschrift: Erreichbar in der Zeit von _____ bis _____	Telefon / Arbeitsplatz: ☎ _____ ☎ _____
Vater Name:	Sozialversicherungsnummer nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist:
Vorname:	
Arbeitsplatz des Vaters Firma.: _____ genaue Anschrift: Erreichbar in der Zeit von _____ bis _____	Telefon / Arbeitsplatz: ☎ _____ ☎ _____

Weitere Kontaktpersonen, die im Notfall verständigt werden können (Großeltern, Nachbar, Tante/Onkel,...):

Name und genaue Angaben	Telefon

Wichtige Informationen für den Notfall:

Allergien:	Tetanusimpfung – Datum:
Zeckenschutzimpfung vorhanden: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin Änderungen sofort zu melden.**
- Adressänderungen bitte immer SOFORT mit Beilage eines Meldezettels mitteilen.**

Datum:	Unterschrift:
--------------	---------------------