



Notfallkontaktbogen

Daten Schüler

Name:	Vorname: (Rufname unterstreichen)
Klasse:	Geburtsdatum:
Krankenkasse:	
Ist Ihr Kind gegen <u>Tetanus</u> (Wundstarrkrampf) geimpft?	
<input type="checkbox"/> ja Datum: _____	
<input type="checkbox"/> nein	
Folgende medizinischen oder sonstige Besonderheiten sind im Notfall zu beachten:	
Besucht Ihr Kind ein Betreuungsangebot?	
<input type="checkbox"/> ja Name der Einrichtung: _____	
<input type="checkbox"/> nein	

Kontaktdaten Erziehungsberechtigte*r

Name:		Vorname:
Telefon Festnetz:	Mobil:	Sonstige Notfallnummern (z.B. Arbeitsplatz)
E-Mail-Adresse:		
<input type="checkbox"/> <i>Diese E-Mail-Adresse darf auch von den Klassenlehrkräften, der Schulleitung und dem Sekretariat zum Informationsaustausch für den schulinternen bzw. lerngruppeninternen Verteiler genutzt werden. Falls nein, bitte streichen. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit widerrufen.</i>		



Name:		Vorname:	
Telefon Festnetz:	Mobil:	Sonstige Notfallnummern (z.B. Arbeitsplatz)	
E-Mail-Adresse: <input type="checkbox"/> <i>Diese E-Mail-Adresse darf auch von den Klassenlehrkräften, der Schulleitung und dem Sekretariat zum Informationsaustausch für den schulinternen bzw. lerngruppeninternen Verteiler genutzt werden. Falls nein, bitte streichen. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit widerrufen.</i>			

Kontaktdaten einer weiteren in Notfällen beauftragten Person*

Name:		Vorname:	
Telefon Festnetz:	Mobil:	Sonstige Notfallnummern (z.B. Arbeitsplatz)	
* Die schriftliche Bestätigung der / des Erziehungsberechtigten zur Erlaubnis der Abholung durch oben genannte weitere Person liegt vor. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte*r