

Notfall-Liste (SJ 2025/26)

Bitte alle Felder gut leserlich ausfüllen

Klasse:



männlich weiblich

in Betreuung:

Angaben zum Kind:

(Vorname)

(Nachname)

(Straße + Hausnummer)

(Postleitzahl + Wohnort)

Angaben zur Mutter:

(Vorname)

(Nachname)

(Straße + Hausnummer)

(Postleitzahl + Wohnort)

(Festnetz zu Hause)

(Handy-Nr.)

(Tel. dienstlich)

(Email-Adresse)

Angaben zum Vater:

(Vorname)

(Nachname)

(Straße + Hausnummer)

(Postleitzahl + Wohnort)

(Festnetz zu Hause)

(Handy-Nr.)

(Tel. dienstlich)

(Email-Adresse)

Sonstige Ansprechpersonen für Notfälle (Name, Telefon und Funktion angeben):

Kinderarzt:

Wichtige Informationen: Hat Ihr Kind eine Seh- oder Hörschwäche? Hat Ihr Kind eine Allergie (evtl. gegen Insektenstiche), kann es zu einem Asthmaanfall kommen oder benötigt es bestimmte Medikamente?

Wir haben alle Felder ausgefüllt und melden Änderungen an den o.g. Daten unverzüglich dem Sekretariat!

Datum und Unterschrift von allen Erziehungsberechtigten