



NOTFALLDATEN



Bitte leserlich ausfüllen!

Versicherungsdaten und Angaben des Schülers/der Schülerin:

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Letzte Tetanus – Impfung: _____ Letzte Zeckenimpfung: _____

Etwaige Allergien, chronische Erkrankungen: _____

Versicherungsdaten des/der Hauptversicherten:

Name: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Im Notfall zu verständigen: (vorzeitiger Unterrichtschluss, Erkrankung, Unfall)

Mutter: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

E-Mail Adresse: _____

Vater: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

E-Mail Adresse: _____

Weitere Kontaktpersonen, die im Notfall verständigt werden dürfen:

Name	Verhältnis zum Kind	Telefonnummer

1. Klasse:

Datum

.....

Unterschrift

2. Klasse:

.....

3. Klasse:

.....

4. Klasse:

.....