|  |  |
| --- | --- |
|  | **Notfallblatt** Klasse Kl. Schuljahr SJ |
| Name des Kindes | Name Kind |
| Vorname des Kindes | Vorname Kind |
| Strasse | Strasse |
| PLZ Ort | PLZ Ort |
| Telefon Festnetz | Tel. Festnetz |
| Telefon/Mobile Mutter | Mobile Mutter |
| Telefon/Mobile Vater | Mobile Vater |
| Telefon/Mobile Betreuung | Mobile Betreuung |
| E-Mail-Adresse Mutter | E-Mail-Adresse Mutter |
| E-Mail-Adresse Vater | E-Mail-Adresse Vater |
| Krankenkasse Name  AHV-Nummer | Krankenkasse  Bitte Kopie der Kranken-  kassenkarte beilegen  756.AHV-Nummer |
| Hausarzt: Name und Telefonnummer | Name Hausarzt, Telefon Hausarzt |
| Unser / mein Kind benötigt spezielle Medikamente und / oder hat folgende Medikamente bei sich: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Andere Bemerkungen oder Allergien, allfällige Allergien auf Salben, Pflaster oder Medikamente | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Darf die Lehrperson im Notfall Medikamente aus der Schulapotheke geben?  Ja  Nein | |
| Bemerkungen  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |

Datum und Unterschrift der Eltern

Datum, Unterschrift