



Klasse: \_\_\_\_\_

# Notfalladresse

Name des Kindes: \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ mitversichert bei: \_\_\_\_\_

Allergien:  ja / welche: \_\_\_\_\_  
 nein

Name/n des/r Erziehungsberechtigten (EB):

Telefonnummern:

1. EB: \_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (privat)

\_\_\_\_\_  
Verhältnis zum Kind\*)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (Arbeitsplatz)

2. EB: \_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (privat)

\_\_\_\_\_  
Verhältnis zum Kind\*)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (Arbeitsplatz)

E-Mail: \_\_\_\_\_

Adresse des Kindes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Sonstige Kontaktpersonen:*

Name: \_\_\_\_\_  
Name / Verhältnis zum Kind\*)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Name: \_\_\_\_\_  
Name / Verhältnis zum Kind\*)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\*) Mutter, Vater, Oma, Opa, Tante, Onkel, Nachbarin, ...

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_