



Notfallliste Bitte deutlich und leserlich ausfüllen!

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: (welche/bei wem?) _____

Versicherungsnummer: _____

Gesundheitliche Beeinträchtigungen, (Allergien, chronische Erkrankungen): _____

Masernimpfung: ☐ ja ☐ nein

lebend bei z. B. Mutter, Vater, Oma, Opa, Pflegefamilie u. a. _____

Mutter telefonisch erreichbar	Namensabweichung:
☐ zu Hause:	☐ Mobiltelefon:
☐ am Arbeitsplatz:	☐ E-Mail:

Vater telefonisch erreichbar	Namensabweichung:
☐ zu Hause:	☐ Mobiltelefon:
☐ am Arbeitsplatz:	☐ E-Mail:

Berechtigte Auskunftsempfänger in schulischen Angelegenheiten (Bitte ankreuzen!)

☐ **Vater und Mutter** ☐ **Mutter** ☐ **Vater**

☐ **Wer sonst?** _____

Wird bei Aufteilungsstunden bzw. in den Pausen die Schule verlassen, ist der Versicherungsschutz nicht mehr gegeben!

Unterschrift der Erziehungs- und Sorgeberechtigten: _____

Datum: _____

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und füllen Sie das Formular vollständig aus.

Sollten sich im Schuljahresverlauf Änderungen ergeben, reichen Sie bitte die entsprechenden Informationen schnellstmöglich an die Schule weiter!

Vielen Dank.