

## Schuleinheit Zentrum

### Notfallblatt

#### Personalien des Kindes:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ geboren \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

#### Im Notfall kann die Lehrperson folgende Person anrufen:

1. Person \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

2. Person \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

#### Das muss die Lehrperson wissen:

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass mein Kind 4x/Jahr in der Klasse mit Fluor Zähne putzt:

Ja

Nein

Mein Kind sollte folgende Medikamente regelmässig nehmen:

\_\_\_\_\_

Mein Kind hat folgende Allergien:

\_\_\_\_\_

Weitere wichtige Informationen, z.B. Seh-, Hörschwäche, Therapien:

\_\_\_\_\_

Ort & Datum: .....

Unterschrift der Eltern:.....