

# NOTFALL – ADRESSE(N)



## SCHÜLER\*IN

Vorname: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>	Klasse: <input type="text"/>
Nachname: <input type="text"/>	Telefon Schüler*in: <input type="text"/>	
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):	<input type="text"/>	
Versicherungsnummer: <input type="text"/>	Versicherungsanstalt: <input type="text"/>	
Allergien / Erkrankungen: <input type="text"/>	Datum der letzten Tetanusimpfung: <input type="text"/>	

## ERZIEHUNGSBERECHTIGTE PERSON(EN)

(\*Bezug zum Kind ist z.B.: Mutter, Vater, etc. ...)

	1.Person	2.Person
Bezug zum Kind*:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon beruflich:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## WER KANN IM NOTFALL NOCH VERSTÄNDIGT WERDEN?

(\*Bezug zum Kind ist z.B.: Oma, Opa, Onkel, Tante, Bruder, Schwester, Nachbar\*in, etc. ...)

	1.Person	2.Person
Bezug zum Kind*:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum: