

Notfallblatt 2024-2025

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und geben Sie diesen Ihrem Kind mit in die Schule (wird vertraulich behandelt). Vielen Dank!

Personalien des Schülers

Vorname und Name des Kindes:

Adresse: PLZ/Ort:.....

Geburtsdatum: AHV-Nummer:.....

E-Mail:..... Hausarzt:

Krankenkasse:.....

Unter welchen Telefon-Nummern sind Sie erreichbar?

	Vorname:	Name:	Privat:	Mobil:	Arbeit:
Mutter:					
Vater:					

Unser Kind wird an folgenden Tagen durch die Grosseltern oder die Tageseltern betreut.

Namen und Vornamen der Grosseltern bzw. der Tageseltern:	Telefonnummern der Grosseltern bzw. der Tageseltern	An welchen Wochentagen wird ihr Kind normalerweise von den Grosseltern bzw. der Tageseltern betreut?

Unser Kind besucht an folgenden Tagen die ASB (Ausserschulische Betreuung). Bitte zutreffende Angaben ankreuzen.

Wochentag	Morgens vor der Schule	Über den Mittag	Nachmittags nach der Schule
Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unser Kind hat folgende Allergien, Beschwerden...

Beschwerden, Allergien...	Medikamente

- Wir wünschen KEINE Abgabe von Medikamenten und Globuli an unser Kind (siehe Schulinformationsheft).** *Wir stimmen jedoch einer Erstversorgung (Pflaster, Desinfektionsmittel, Behandlung von Insektenstichen, ...) zu.*

Weitere Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift(en):