

Notfallblatt 2025-2026

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 (Auserschulische Betreuung). Bitte zutreffende Angaben ankreuzen.

Wochentag	Morgens vor der Schule	Über den Mittag	Nachmittags nach der Schule
Montag	☐	☐	☐
Dienstag	☐	☐	☐
Mittwoch	☐	☐	☐
Donnerstag	☐	☐	☐
Freitag	☐	☐	☐

Unser Kind hat folgende Allergien, Beschwerden...

Beschwerden, Allergien...	Medikamente

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

Weitere Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift(en):