

## Notfallblatt SJ 2026-2027

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): .....