

## Notfallblatt

### Angaben zur Schülerin, Schüler

Alle Angaben werden absolut vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Schuljahr	<input type="checkbox"/> Kindergarten  <input type="checkbox"/> Primarschule	<input type="checkbox"/> Kindergarten Lieli <input type="checkbox"/> 1. Jahr Kiga / <input type="checkbox"/> 2. Jahr Kiga <input type="checkbox"/> Kindergarten Falter Pavillon <input type="checkbox"/> 1. Jahr Kiga / <input type="checkbox"/> 2. Jahr Kiga  1. Kl. <input type="checkbox"/> 2. Kl. <input type="checkbox"/> 3. Kl. <input type="checkbox"/> 4. Kl. <input type="checkbox"/> 5. Kl. <input type="checkbox"/> 6. Kl. <input type="checkbox"/>
Strasse		
PLZ / Ort	8966 Oberwil-Lieli	
Festnetz-Nr. Eltern / Erziehungsberechtigte	<input type="checkbox"/> Kein Festnetz	
Mobil-Nr. Mutter		
Mobil-Nr. Vater		
E-Mail Mutter privat		
E-Mail Vater privat		
Für den absoluten Notfall: Tel. Nr. Nachbarn/Verwandte	<input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> Verwandte	Tel. Nr. Name
Hat Ihr Kind chronische Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Hat Ihr Kind Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Hat Ihr Kind besondere Ängste (z.B. Höhenangst ...)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Benötigt Ihr Kind Notfallmedikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Kinder-/Hausarzt	Tel. Nr.	<input type="checkbox"/> Kinder-/Hausarzt
Zahnarzt	Namen, Adresse	<input type="checkbox"/> Zahnarzt
Letzte Starrkrampf-Impfung	Datum	
Krankenkasse / Versicherungs-Nr.		
Bemerkung		
Ort / Datum	Oberwil-Lieli,	
Unterschrift Eltern		