

NOTFALLADRESSE

Name des Kindes		Geburtsdatum	Klasse
Wohnadresse		Tel.:	
Im Notfall (Erkrankung, Unfall...) ersuche ich zu verständigen:			
Name	Adresse		Tel.:
Arbeitsplatz Vater:		Tel.:	
Arbeitsplatz Mutter:		Tel.:	
oder Großeltern/Nachbarn:		Tel.:	
Soz.Vers.Nr.		Versicherungsanstalt	
Letzte Tetanusimpfung:		Allergien:	
Datum		Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten	

NOTFALLADRESSE

Name des Kindes		Geburtsdatum	Klasse
Wohnadresse		Tel.:	
Im Notfall (Erkrankung, Unfall...) ersuche ich zu verständigen:			
Name	Adresse		Tel.:
Arbeitsplatz Vater:		Tel.:	
Arbeitsplatz Mutter:		Tel.:	
oder Großeltern/Nachbarn:		Tel.:	
Soz.Vers.Nr.		Versicherungsanstalt	
Letzte Tetanusimpfung:		Allergien:	
Datum		Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten	