

<p>NOTFALLBOGEN - nur bei Bedarf auszufüllen - vertraulich</p>

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Diagnose	

Bitte fügen Sie hier ein aktuelles Foto ein.

Sorgerecht	<input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
Im medizinischen Notfall verständigen Name, Telefon	1. 2. 3.

Mutter	Name	
	Adresse	
	Telefon (p)	
	Telefon (d)	
	Mobil	
	E-Mail	
Vater	Name	
	Adresse	
	Telefon (p)	
	Telefon (d)	
	Mobil	
	E-Mail	

Bitte wenden

Hinweise	
Typische Anzeichen	
Hilfsmaßnahmen	
Behandelnde Ärzte	

Ich erkläre mich / Wir erklären uns damit einverstanden, dass dieser Bogen in einem Ordner im Sekretariat der Schule geführt wird, auf den die Lehrkräfte der Schule, das Verwaltungspersonal sowie der Schulsanitätsdienst Zugriff haben.

Ort, Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Ich erkläre mich / Wir erklären uns damit einverstanden, dass unser Kind auf der Liste der chronisch kranken Schüler geführt wird, die den jeweiligen Fachlehrern des Schuljahres zugänglich gemacht wird.

Ort, Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten