



Notfallblatt

Bitte Vor- und Rückseite in Blockschrift sorgfältig ausfüllen.

Name / Vorname des Kindes			
Geburtsdatum		Muttersprache	
Telefon privat			
Adresse			
Name / Vorname	Mutter		
Name / Vorname	Vater		
E-Mailadressen	Mutter		
	Vater		
Telefon / Natel während der Unterrichts- und Tagesschulzeit	Mutter Handy		Mutter Arbeit
	Vater Handy		Vater Arbeit
Weitere Kontaktperson, falls die Eltern nicht erreichbar sind	Name und Telefon:		
Wird Ihr Kind an gewissen Tagen in der Tagesschule betreut?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA, an folgenden Wochentagen: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag		
Wird Ihr Kind an gewissen Tagen von einer Drittperson betreut?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA, an folgenden Wochentagen: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag		
	Name und Telefon:		
Ärzte	Hausarzt (Name und Tel.):		Zahnarzt (Name und Tel.):
Fluoren (Mehrere Male im Jahr werden die Zähne mit einem Fluoridpräparat in der Schule gereinigt)	Sind Sie damit einverstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Leidet Ihr Kind unter chronischen Krankheiten oder unter Allergien (Asthma, Neurodermitis...)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA, welche?		
Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA, welche?		
Dürfen Ihrem Kind im Notfall homöopathische Mittel verabreicht werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn NEIN, welche Mittel sonst?		
Leidet Ihr Kind unter besonderen Ängsten (Höhenangst...)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA, welche?		
Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA, welche?		
Isst Ihr Kind vegetarisch?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> JA	
Isst Ihr Kind Schweinefleisch?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> JA	
Darf Ihr Kind im Notfall im privaten Auto einer Betreuungsperson transportiert werden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> JA	

