

## Notfallinformationen für die Schule

**Hinweis:**

Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig und jederzeit widerrufbar. Sie werden absolut vertraulich behandelt. Bitte beachten Sie, dass fehlende oder nicht aktuelle Angaben im Notfall Ihr Kind gefährden können.

### 1. Unser / Mein Kind

Familienname: .....

Vorname(n): .....

 Geschlecht:     weiblich     männlich

**FOTO**

Geburtsdatum: .....

### 2. Erreichbarkeit in Notfällen

**1. Erziehungsberechtigte/r:**

Name: .....

Vorname: .....

 Anschrift: .....  
 .....

Festnetz (privat): .....

Mobil (privat): .....

E-Mail (privat): .....

Festnetz (dienstlich): .....

Mobil (dienstlich): .....

E-Mail (dienstlich): .....

**2. Erziehungsberechtigte/r:**

Name: .....

Vorname: .....

 Anschrift: .....  
 .....

Festnetz (privat): .....

Mobil (privat): .....

E-Mail (privat): .....

Festnetz (dienstlich): .....

Mobil (dienstlich): .....

E-Mail (dienstlich): .....

**Weitere Personen, die bei Nichterreichbarkeit der Erziehungsberechtigten kontaktiert werden sollen:**
 Vormund     Verwandte

 Nachbarn     .....

Name: .....

Vorname: .....

Festnetz (privat): .....

Mobil (privat): .....

 Vormund     Verwandte

 Nachbarn     .....

Name: .....

Vorname: .....

Festnetz (privat): .....

Mobil (privat): .....

 Vormund     Verwandte

 Nachbarn     .....

Name: .....

Vorname: .....

Festnetz (privat): .....

Mobil (privat): .....

 Vormund     Verwandte

 Nachbarn     .....

Name: .....

Vorname: .....

Festnetz (privat): .....

Mobil (privat): .....

### 3. Angaben zu Allergien, Erkrankungen oder sonstigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Unser Kind / Mein Kind hat

- keine Allergie(n)  
 keine Erkrankung(en)  
 keine sonstigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen

folgende Allergie(n), Erkrankung(en) oder sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen:

.....  
.....  
.....

In Bezug auf die Allergie(n), Erkrankung(en) oder die sonstige(n) gesundheitliche(n) Beeinträchtigung(en) ist Folgendes zu beachten:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Name und Anschrift von Kinder- oder Hausarzt:

.....  
.....

Soweit vorhanden und notwendig bitte Kopie von Notfallausweis(en) (z. B. Allergiepass, Diabetikerausweis, Epilepsieausweis, Hämophilie-Pass, Herzpass etc.) beifügen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind mit Pflaster versorgt wird.  ja  nein

### 4. Sonstige wichtige Informationen / Hinweise:

### 5. Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Winterscheid/Schönenberg, ..... 20..... ..