

Notfallblatt / Einverständniserklärung

Um im **Notfall die optimale medizinische Betreuung Ihres Kindes sicherzustellen**, bitten wir Sie dieses Notfallblatt gut lesbar und komplett auszufüllen. Die Informationen sind nur für die Lehrpersonen und Tagesschulmitarbeitenden bestimmt.

Sollten sich die Angaben verändern (bspw. Wahl Schulärztin / Schularzt bzw. Kinderärztin / Kinderarzt) bitten wir Sie um unverzügliche Meldung. Ansonsten stützen wir uns auf die uns vorliegenden Angaben.

Name / Vorname des Kindes _____
Geburtsdatum _____
Strasse und Hausnummer _____
PLZ / Ort _____

Wer ist im Notfall zu benachrichtigen?

Mutter

Name / Vorname _____
Mobilnummer / E-Mail _____
Tel. Privat / Geschäft _____

Vater

Name / Vorname _____
Mobilnummer / E-Mail _____
Tel. Privat / Geschäft _____

Weitere Bezugs- oder Betreuungsperson(en)

Name / Vorname _____
Mobilnummer / E-Mail _____
Tel. Privat / Geschäft _____

Krankheiten, Medikamente, Allergien, besondere Massnahmen

Einverständniserklärung

Name / Vorname des Kindes _____

Unser Kind darf in der Schule die Zähne mit Fluor putzen (1x mit der Schulzahnpflege). Ja Nein

Unser Kind besucht den Schularzt (Praxis Dr. med. Michael Reber). Ja Nein

Unser Kind nimmt an der jährlichen schulzahnärztlichen Untersuchung teil (Praxis Dr. med. dent. Cornelia Gasser). Ja Nein

Von unserem Kind dürfen Fotos gemacht werden, die im Zusammenhang mit der Schule / Tagesschule / Ferienbetreuung veröffentlicht werden können.
Die Fotos werden ohne Namen und nicht auf sozialen Medien oder anderen Kanälen veröffentlicht.
Das Einverständnis gilt ausschliesslich für das Veröffentlichen auf der Schul-Website «www.schule-kihe.ch» und der Dorfzeitung «Lindacher Nachrichten».

Ja Nein

Unsere Telefonnummern dürfen auf einer internen Klassen-Telefonliste verwendet werden (Festnetz, Mutter, Vater).
Bemerkungen falls eine Nummer nicht aufgeführt werden soll (bspw. «nur Telefonnummer der Mutter/des Vaters» oder «keine Festnetznummer»).

Ja Nein

Wir bestätigen die Richtigkeit des Notfallblattes bzw. Einverständniserklärung (zwei Seiten).

Datum _____

Unterschrift/en _____