

Notfallblatt / Einverständniserklärung

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und gut lesbar aus (bei handschriftlicher Bearbeitung).

Name/Vorname des Kindes

Schuljahr und Klasse aktuell (z.B. 2 A)

bei (Lehrperson/en)

Geburtsdatum

Adresse / PLZ / Wohnort

Um im Falle einer medizinischen Betreuung während der Unterrichtszeit rasch und richtig handeln zu können, bitten wir Sie dieses Notfallblatt auszufüllen.

Diese Informationen sind nur für die Lehrpersonen und Tagesschulmitarbeiter/-innen bestimmt und helfen ihnen, **im Notfall die optimale Betreuung Ihres Kindes sicherzustellen.**

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 Bezugsperson(en) / Betreuungsperson(en)

Name(n), Vorname(n)

Mobilnummer / E-Mail

Tel. Privat / Geschäft

Krankheiten, Medikamente, Allergien, besondere Massnahmen

.....
.....

Einverständnisse

→ **Unser Kind darf in der Schule die Zähne mit Fluor putzen.**

ja nein

→ **Unser Kind nimmt an der schulärztlichen Untersuchung im 2. Kindergartenjahr und 4. Klasse teil.**

ja nein, wird bei der Hausärztin/dem Hausarzt gemacht

→ **Unser Kind nimmt an der jährlichen, schulzahnärztlichen Untersuchung teil.**

ja nein, wird bei der privaten Zahnärztin/dem Zahnarzt gemacht

→ **Wir sind damit einverstanden, dass von unserem Kind Fotos gemacht werden dürfen, die im Zusammenhang mit der Schule/Tagesschule veröffentlicht werden können.** Die Fotos werden jedoch ohne Namen veröffentlicht und könnten auch auf der Homepage genutzt werden.

ja nein

Datum: Unterschrift/en:

Bitte senden Sie das Formular an die Gemeindeverwaltung Kirchlindach, Schulsekretariat, Lindachstrasse 17, 3038 Kirchlindach zurück oder per Mail an schulsekretariat@kirchlindach.ch