

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 Tagesschulmitarbeiter/-innen bestimmt.

Sollten sich die Angaben verändern (bspw. Wahl Schularzt / 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. Ja Nein

Unser Kind besucht den Schulzahnarzt. Ja Nein

Unser Kind nimmt an der jährlichen schulzahnärztlichen Untersuchung teil. Ja Nein

Von unserem Kind dürfen Fotos gemacht werden, die im Zusammenhang mit der Schule / Tagesschule veröffentlicht werden können. Ja Nein

Die Fotos werden ohne Namen veröffentlicht und könnten auch auf der Homepage genutzt werden.

Wir bestätigen die Richtigkeit des Notfallblattes (2 Seiten).

Datum _____

Unterschrift/en _____