

## 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/die Schularzt/Schulärztin.  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.

Unsere Telefonnummern dürfen auf einer internen Klassen-Telefonliste verwendet werden (Festnetz, Mutter, Vater).  Ja  Nein

*Bemerkungen: (bspw. «keine Festnetznummer», etc.)*

---

---

### Wir bestätigen die Richtigkeit des Notfallblattes (2 Seiten).

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift/en \_\_\_\_\_