



## Notfalladresse

### **Schulkind:**

Name: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnr.: \_\_\_\_\_ Krankenkassa: \_\_\_\_\_

mitversichert bei: \_\_\_\_\_

Allergien:  ja / welche: \_\_\_\_\_

nein

### **Erziehungsberechtigte:**

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer von zu Hause: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

### **Sonstige Kontaktpersonen:**

Name / Verhältnis zum Kind: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name / Verhältnis zum Kind: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte Änderungen sofort melden!**