

Erste- Hilfe- Maßnahmen

Liebe Eltern,

es kann vorkommen, dass Ihr Kind wegen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines anderen besonderen Vorkommnisses ärztlicher Hilfe bedarf bzw. die Verständigung der Sorgeberechtigten erforderlich wird. Um in einem solchen Fall rasch reagieren zu können, bitten wir Sie, den unteren Abschnitt auszufüllen und der Schule zeitnah vorzulegen.

.....
Name, Vorname des Kindes:

geboren am:

Klasse:

.....

.....

.....

Sorgeberechtigte:

Name, Vorname Mutter:

Anschrift/ Telefon privat:

.....

.....

.....

Name, Vorname Vater:

Anschrift/ Telefon privat:

.....

.....

.....

Krankenkasse des Kindes:

mitversichert bei:

.....

.....

An welchen Elternteil soll sich die Schule wenden, wenn beide Sorgeberechtigten berufstätig sind?
(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

Mutter

Vater

Telefonnummer dienstlich:

Telefonnummer dienstlich:

.....

.....

Welche Vertrauensperson soll die Schule verständigen, wenn Sie nicht erreichbar sind?

Name, Vorname der Vertrauensperson:

Telefonnummer der Vertrauensperson:

.....

.....

Name und Anschrift des Hausarztes/ Kinderarztes:

.....

Ich bin /Wir sind damit einverstanden, dass die Schule im Notfall (z.B. bei schweren Unfällen bzw. lebensgefährlichen Verletzungen) die Rettungsleitstelle benachrichtigt, damit diese weitere Koordinierungen vornehmen kann.
(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

ja

nein

Ort, Datum:

Unterschrift Sorgeberechtigte:

.....

.....