

# Notfallbogen



Schüler/in		
Nachname:		
Vorname:		geboren am:
Anschrift:		

Mutter		Vater	
Name:		Name:	
Anschrift:		Anschrift:	

## Wen informieren wir im Notfall?

Telefonnummer	Name	Hinweis (z.B. Arbeitsplatz Mutter,)

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes/Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Liegt eine chronische Erkrankung (Zucker, Allergie, etc.) vor?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstiges/Platz für Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten