



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!