

Medizinisches Notfallblatt Schuljahr 2024/25			
NAME und Vorname des Kindes:			
Angaben zur Schulsituation:	Schuljahr 2024/25:	<input type="checkbox"/> Kindergarten	Jahr
		<input type="checkbox"/> Unterstufe	Klasse
		<input type="checkbox"/> Mittelstufe	Klasse
Klassenlehrperson:			
Geburtsdatum des Kindes:			
Muttersprache des Kindes:			
Adresse:		3123 Belp	
Name und Vorname der Eltern:	Mutter:		
	Vater:		
Telefon / Handy während der Unterrichtszeit des Kindes und E-Mail-Adressen der Eltern	Mutter:	H:	P/G:
		Mail:	
	Vater:	H:	P/G:
		Mail:	
Erziehungsberechtigung:	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> gemeinsam
Betreuung: Wird Ihr Kind an gewissen Tagen von einer Drittperson betreut ?	Wann:		
	Name:		
	Adresse:		
	Telefon	Handy:	
Privat/Geschäft:			
Hausarzt (Name und Telefon):			
Zahnarzt (Name und Telefon):			
Informationen zu (chronischen) Krankheiten/Allergien:			
Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen?	<input type="checkbox"/> Ja ⇔	Welche?	
		Zeit?	
		Menge?	
<input type="checkbox"/> nein			
Versicherungen: <small>Die Versicherung des Kindes ist Sache der Eltern (Ausflüge, Sportanlässe, Schulreisen, Exkursionen, Lager...).</small>	Krankenkasse:		
	Unfallversicherung:		
Datum der letzten Starrkrampfpimpfung (Tetanus):			
Bemerkung, Anliegen, Besonderes:			
Datum / Unterschrift der Eltern:	Datum:		
	Unterschrift:		