

NOTFALLSBLATT

Familiennamen des Kindes		
Vorname		
Sozialversicherungsnummer		
Geburtsdatum		
Wohnanschrift	PLZ:	
	STRASSE:	
	GEMEINDE:	
Erziehungsberechtigter/te	Mutter Name:	
	Telefon privat:	
	Telefon Firma:	
	Vater Name:	
	Telefon privat:	
	Telefon Firma:	
Sonstige Personen, die im Notfall verständigt werden können		
Name (Verwandtschafts- verhältnis)		
Telefonnummer:		
S C H U L W E G		
Zu Fuß	ja/ nein	Zeitaufwand in Minuten:
öffentlich	ja/ nein	Zeitaufwand in Minuten:
Schulbus	ja/ nein	Zeitaufwand in Minuten:
Im Katastrophenfall soll meine Tochter/ mein Sohn, wenn es die Situation erlaubt Bis zum Ende der Katastrophensituation bzw. bis er /sie abgeholt wird		
In der Schule bleiben	ja	/ nein*
Bis zum Stundenplanende in der Schule bleiben	ja	/ nein*
Nach Hause entlassen werden	ja	/ nein*
Die Kaliumjodid- Tablette in der Schule einnehmen Wenn es von der Gesundheitsbehörde vorgeschlagen wird		
	ja	/ nein*
Hinweis für den Hausarzt/ Notarzt: (Zuckerkrankheit, Bluter, Dauermedikamenteneinnahme:		
Blutgruppe:		
Datum:	Unterschrift d. Erziehungsber.	