



# Notfallblatt

Postanschrift der Einrichtung		Datum:	
Name, Vorname des Kindes:			
Geburtsdatum:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße mit Hausnummer:			
PLZ, Wohnort:			
Wichtige Informationen / Besonderheiten (Behinderung / Allergie, Diabetes, etc):			
Hausarzt / Behandelnder Arzt:			
Personensorgeberechtigte/n:	Mutter:	Vater:	
Name, Vorname:			
Anschrift:			
Telefon privat:			
Telefon mobil:			
Telefon geschäftlich:			
Arbeitszeit:			

Weitere Notfallkontakte:		
Name, Vorname:		
Anschrift:		
Telefon privat:		
Telefon mobil:		
Telefon geschäftlich:		

Abholberechtigte:
-------------------

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstanden, dass die vorstehenden Daten erfasst und den zuständigen Mitarbeiter/-innen der Stadt Blaustein zur Verfügung gestellt werden.

Änderungen müssen den Betreuungskräften der Verlässlichen Grundschulbetreuung unverzüglich schriftlich mitgeteilt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/n