

## NOTFALLADRESSE

\_\_\_\_\_  
Nach- und Vorname des Schulkindes

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Klasse

\_\_\_\_\_  
Wohnadresse des Schulkindes

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

### Im Notfall (Unfall, Erkrankung, vorzeitiger Unterrichtschluss) zu verständigen:

\_\_\_\_\_  
Name der Mutter

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Name des Vaters

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Arbeitsplatz der Mutter

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Arbeitsplatz des Vaters

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Sonstige Personen (Name)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Allergien oder nimmt regelmäßig Medikamente? \_\_\_\_\_  
Hat ihr Kind

\_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer (Kind)

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

Ich erkläre, dass meine Angaben verbindlich sind und werde bei **Änderung der Wohnadresse** oder der **angegebenen Telefonnummer** die Schule rechtzeitig informieren.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

## ABHOLBERECHTIGUNG

im Katastrophenfall  
(Unfall in einem Atomkraftwerk, Feuer, Bombendrohung)

Name des Kindes .....

### 1. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Im Katastrophenfall darf mein Kind außer von den Erziehungsberechtigten auch von:

.....  
Name, Vorname

.....  
Verwandtschaftsgrad, Nachbarin, .....

abgeholt werden.

### 2. MEDIKAMENTENVORSORGE

Nimmt Ihr Kind Medikamente? ( .... die für den Fall eines Strahlenalarms und einem damit möglicherweise verbundenen längeren Aufenthalt in der Schule aufliegen müssten?)

Zutreffendes bitte ankreuzen!

JA

NEIN

Falls „JA“ geben Sie Ihrem Kind bitte eine entsprechende ärztliche Verordnung (Präparatname + Dosierung) mitsamt dem jeweiligen Medikament in einem VERSCHLOSSENEN KUVERT (mit Namen des Kindes + Klasse beschriftet) in die Schule mit. Das Kuvert wird in der Kanzlei versperret gelagert. SIE müssen sich bitte um zeitgerechte Erneuerung des Medikamentes bei Erlangung des Ablaufdatums kümmern.

*Josefine Pesendorfer, Schulleiterin*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten