

Notfallblatt / Einverständniserklärung

Um im **Notfall die optimale medizinische Betreuung Ihres Kindes sicherzustellen**, bitten wir Sie dieses Notfallblatt gut lesbar und komplett auszufüllen. Die Informationen sind nur für die Lehrpersonen und Tagesschulmitarbeiter/-innen bestimmt.

Sollten sich die Angaben verändern (bspw. Wahl Schularzt / Kinderarzt) bitten wir Sie um unverzügliche Meldung. Ansonsten stützen wir uns auf die uns vorliegenden Angaben.

Name / Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Strasse und Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Wer ist im Notfall zu benachrichtigen?

Mutter

Name / Vorname _____

Mobilnummer / E-Mail _____

Tel. Privat / Geschäft _____

Vater

Name / Vorname _____

Mobilnummer / E-Mail _____

Tel. Privat / Geschäft _____

Weitere Bezugs- oder Betreuungsperson(en) _____

Name / Vorname _____

Mobilnummer / E-Mail _____

Tel. Privat / Geschäft _____

Krankheiten, Medikamente, Allergien, besondere Massnahmen

Einverständniserklärung

Name / Vorname des Kindes _____

Unser Kind darf in der Schule die Zähne mit Fluor putzen (1x mit der Schulzahnpflege). Ja Nein

Unser Kind besucht den Schularzt (Praxis Dr. med. Michael Reber). Ja Nein

Unser Kind nimmt an der jährlichen schulzahnärztlichen Untersuchung teil (Praxis Dr. med. dent. Cornelia Gasser). Ja Nein

Von unserem Kind dürfen Fotos gemacht werden, die im Zusammenhang mit der Schule / Tagesschule / Ferienbetreuung veröffentlicht werden können.
Die Fotos werden ohne Namen veröffentlicht und könnten auch auf der Homepage oder in den Lindacher Nachrichten genutzt werden. Ja Nein

Unsere Telefonnummern dürfen auf einer internen Klassen-Telefonliste verwendet werden (Festnetz, Mutter, Vater). Ja Nein
Bemerkungen falls eine Nummer nicht aufgeführt werden soll (bspw. «nur Telefonnummer der Mutter/des Vaters» oder «keine Festnetznummer»).

Wir bestätigen die Richtigkeit des Notfallblattes (2 Seiten).

Datum _____

Unterschrift/en _____