

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 Tagesschulmitarbeitenden bestimmt.

Sollten sich die Angaben verändern (bspw. Wahl Schulärztin / Schularzt bzw. Kinderärztin / 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. ☐ Ja ☐ Nein

Die Fotos werden ohne Namen und nicht auf sozialen Medien oder anderen Kanälen veröffentlicht.
Das Einverständnis gilt ausschliesslich für das Veröffentlichen auf der Schul-Website «www.schule-kihe.ch» und der Dorfzeitung «Lindacher Nachrichten».

Achtung: Seit dem Schuljahr 2026/27 können Sie direkt via KLAPP selbstständig einstellen, ob Ihre Kontaktdaten (eMail und/oder Handynummer) für die anderen Eltern der Klasse Ihres Kindes / Ihrer Kinder ersichtlich sein sollen.

Wir bestätigen die Richtigkeit des Notfallblattes bzw. Einverständniserklärung (zwei Seiten).

Datum

Unterschrift/en
