

## Notfall-Liste (SJ 2024/25)

männlich  weiblich

Klasse:

Betreuungs-  
Gruppe:



### Angaben zum Kind:

---

(Vorname)

(Nachname)

---

(Straße + Hausnummer)

(Postleitzahl + Wohnort)

### Angaben zur Mutter:

---

(Vorname)

(Nachname)

---

(Straße + Hausnummer)

(Postleitzahl + Wohnort)

---

(Festnetz zu Hause)

(Handy-Nr.)

(Tel. dienstlich)

---

(Email-Adresse)

### Angaben zum Vater:

---

(Vorname)

(Nachname)

---

(Straße + Hausnummer)

(Postleitzahl + Wohnort)

---

(Festnetz zu Hause)

(Handy-Nr.)

(Tel. dienstlich)

---

(Email-Adresse)

**Sonstige Ansprechpersonen für Notfälle (Name, Telefon und Funktion angeben):**

### Kinderarzt:

**Wichtige Informationen:** Hat Ihr Kind eine Seh- oder Hörschwäche? Hat Ihr Kind eine Allergie (evtl. gegen Insektenstiche), kann es zu einem Asthmaanfall kommen oder benötigt es bestimmte Medikamente?

---

***Änderungen an den o.g. Daten melde ich/wir unverzüglich dem Sekretariat!***

---

**Datum und Unterschrift von allen Erziehungsberechtigten**