

## Wichtige Daten für den Notfall

Bitte tragen Sie die Informationen gut leserlich ein!

Schüler*in	
Nachname:	
Vorname:	
Klasse:	
Geburtstag:	
SV Nummer:	
Allergien/Krankheiten:	

Erziehungsberechtigte		
	Mutter	Vater
Nachname:		
Vorname:		
Adresse:		
Telefon privat:		
Telefon Arbeitsplatz:		
Mailadresse:		

Andere Personen mit Auskunftsrecht	
Nachname:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:::	
Beziehung zum Kind:	

Mein Kind soll im Notfall Kaliumjodidtabletten  erhalten und einnehmen  
 nicht erhalten

Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_