Albert-Schweitzer-Schule
GRUNDSCHULE DES MAIN-KINZIG-KREISES

Klasse: _____

Notfallzettel

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

In dringenden Fällen sind die Eltern erreichbar **(bitte deutlich schreiben)**:

Zuerst kontaktieren: ☐ Mutter ☐ Vater

Mutter: _____
(Vorname und Nachname)

Sorgeberechtigung: ☐ ja ☐ nein

Festnetz: _____

Mobil: _____

Tel. Arbeit _____

E-Mail: _____

Vater: _____
(Vorname und Nachname)

Sorgeberechtigung: ☐ ja ☐ nein

Festnetz: _____

Mobil: _____

Tel. Arbeit _____

E-Mail: _____

Sonstige Kontaktperson (**bitte unbedingt eine weitere Kontaktperson angeben**):

Name: _____ Tel.:_____

Name: _____ Tel.:_____

Hausarzt:
Name des Hausarztes: _____ Tel.:_____

Liegt eine Allergie, chronische oder sonst nennenswerte Erkrankung vor?

_____

_____

****

Nach Unterrichtsschluss geht mein/unser Kind an diesen Tagen in die Betreuung

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag

_____ _____
Datum Unterschrift eines Erziehungsberechtigten