

Name, Vorname Ihres Kindes
geboren am

Klasse

Anschrift Ihres Kindes

Name der Mutter

Namen des Vaters

Telefon privat

Telefon privat

Handy

Handy

Telefon der Arbeit

Telefon der Arbeit

E-Mailadresse

E-Mailadresse

**Vertrauenspersonen die im Notfall erreichbar sind/
Verhältnis zum Kind**

1.

Name , Vorname (Verhältnis zum Kind z.B.: Oma, Opa)Telefon

2.

Name , Vorname (Verhältnis zum Kind z.B.: Oma, Opa)Telefon

3.

Name , Vorname (Verhältnis zum Kind z.B.: Oma, Opa)Telefon

Ihr Kind ist krankenversichert bei:

Mutter

Vater

Krankenkasse: _____

Allergische Reaktionen auf:

Einnahmen von Dauermedikationen:

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r