

Notfallinformationen

Angaben zum Kind:

(Name, Geburtsdatum, Anschrift und Klasse)

Krankenversicherung:

Gibt es Besonderheiten, wie z. B. dauerhafte Medikamenteneinnahme oder Allergien?

Wer ist in einem Notfall zu benachrichtigen (Name, Telefon, Beziehung zum Kind)?

Hausarzt / Kinderarzt:

Tel.: _____

Die Mitarbeiter der Mittagsbetreuung sind verpflichtet im Notfall einen Notarzt zu rufen um ihr Kind ggf. in ein Krankenhaus bringen zu lassen, sofern nach deren Ermessen ein medizinischer Notfall vorliegt und dass die Betreuer bei kleineren Schnitt- oder Schürfwunden unserem Kind handelsübliche Wundpflaster bzw. ein handelsübliches Desinfektionsmittel applizieren dürfen.

- Ich / wir stimmen zu
- ich / wir stimmen nicht zu (*Bitte ankreuzen*)

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

**Die Datei kann im Acrobat Reader geöffnet werden. Bitte Felder ausfüllen und speichern.
Die PDF an folgende E-Mail Adresse senden: Foerderverein.gs.steinheim@gmx.de**