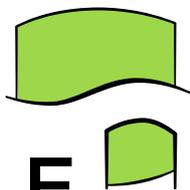


HOMBURG OBERSCHULE STADTOLDENDORF



Rumbruchsweg 17
37627 Stadtoldendorf

Fax: 05532 - 500 326
Telefon: 05532 - 500 310

E-Mail: obs.stadtoldendorf@web.de
Internet: www.obs-stadtoldendorf.de

Notfallangaben Schuljahr 20__/20__

Klasse: _____

Name, Vorname:
(des Kindes) _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Straße: _____

Telefon Festnetz: _____

Handy (Eltern): _____

Andere Notfallnummer: _____

Um bei Unfällen oder Notfällen schneller helfen zu können, benötigen wir folgende Angaben. Diese Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.

- hat Ihr Kind eine chronische Krankheit? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

- muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

- hat Ihr Kind Asthma und muss ein Anfallsspray bei sich führen?

Ja Nein

- hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen, worauf hauptsächlich die Sportlehrer Rücksicht nehmen müssen? Bitte vollständige Angaben machen!

Wenn ja, welche? _____

Sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass bei einem Unfall, bei dem ein Rettungswagen erforderlich ist, diese Angaben den Rettungssanitätern mitgegeben wird.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigten