|  |  |
| --- | --- |
| DEF_Bock_Gemeinde_Stans_CMYK.eps | cid:3982fc85-d1b7-4f62-88da-fbff51f8d073@eurprd09.prod.outlook.comSCHULLEITUNGTellenmattstrasse 56370 Stans[www.schule-stans.ch](http://www.stans.ch)info@schule-stans.chTelefon 041 619 02 00 |

**Notfallblatt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name und Vorname des Kindes:** | **Adresse:** | **Geburtsdatum:** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wer soll im Notfall kontaktiert werden?** |  |
| **1. Priorität** | **2. Priorität** | **3. Priorität**  |
| Name:  | Name:      | Name:      |
| Telefon-Nr.:      | Telefon-Nr.:      | Telefon-Nr.:      |
| E-Mail:      | E-Mail:      | E-Mail:      |
| **Hausarzt:** |
| Name:      | Adresse:      | Telefon-Nr.      |
| **Zahnarzt:** |
| Name:      | Adresse:       | Telefon-Nr.      |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zum Kind** |  |
| **Ist Ihr Kind allergisch?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| Wenn ja, auf was? Wie reagieren? |
| **Braucht ihr Kind** **Medikamente?** | [ ] Ja [ ] Nein |
| Wenn ja, welche? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Weitere wichtige Infos:** |  |
| **Krankenkasse (Unfallversicherung):** |
| Name: | Adresse: | Telefon-Nr. |

|  |
| --- |
| **Unfallversicherung (falls vorhanden):**  |
| Name: | Adresse: | Telefon-Nr. |

|  |
| --- |
| **Wird Ihr Kind fremdbetreut? Wenn ja, von wem?** |
| Name: Adresse:Telefon Betreuungstage: |

|  |
| --- |
| **Was sollten wir sonst noch wissen?** |
|  |

Bitte beantworten Sie alle Fragen so genau wie möglich. Sie helfen damit uns und Ihrem Kind.

Herzlichen Dank.

Ort, Datum: Unterschrift Erziehungsberechtigte:

Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Dieses Blatt wird im Schülerdossier aufbewahrt und kommt nur im Notfall zum Einsatz.