|  |  |
| --- | --- |
| DEF_Bock_Gemeinde_Stans_CMYK.eps | cid:3982fc85-d1b7-4f62-88da-fbff51f8d073@eurprd09.prod.outlook.com  SCHULLEITUNG Tellenmattstrasse 5 6370 Stans [www.schule-stans.ch](http://www.stans.ch) [info@schule-stans.ch](mailto:info@schule-stans.ch) Telefon 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.