



# NOTFALLPASS

Grundschule Lichtenberg

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Festnetz-Telefonnummer zu Hause: \_\_\_\_\_

Mein Kind wird ärztlich betreut von:

\_\_\_\_\_  
Kinderarzt/Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Telefon

## Notfallnummern

Bitte in der Reihenfolge eintragen, in der die Personen angerufen werden sollen!

1. \_\_\_\_\_  
Name der Person                      Beziehung zum Kind                      Telefonnr.
2. \_\_\_\_\_  
Name der Person                      Beziehung zum Kind                      Telefonnr.
3. \_\_\_\_\_  
Name der Person                      Beziehung zum Kind                      Telefonnr.
4. \_\_\_\_\_  
Name der Person                      Beziehung zum Kind                      Telefonnr.
5. \_\_\_\_\_  
Name der Person                      Beziehung zum Kind                      Telefonnr.

Diese Telefonnummer darf auf die Klassenliste, die alle Eltern bekommen: Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Mein Kind hat folgende Allergien / chronische Krankheiten / Besonderheiten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Folgende Sofortmaßnahmen sind erforderlich:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bei Bedarf von Medikamentengaben, ist ein persönliches Gespräch zwingend erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

**Falls sich diese Daten ändern, bitte umgehend die Schule informieren!**