

## Medizinisches Notfallblatt

### Werte Eltern und Erziehungsberechtigte

Bitte füllen Sie das Notfallblatt vollständig aus. Eine digitale Version steht auf der Homepage der Schule zur Verfügung.  
*Die Daten werden vertraulich behandelt und bei Ersatz des vorliegenden Notfallblatts oder Austritt aus der Schule vernichtet.*

Name / Vorname des Kindes:			
Schulhaus, Klasse:		Geburtsdatum:	
Erstsprache:			
Adresse:			
Erreichbarkeit der Eltern / Erziehungsberechtigten während der Unterrichts- und Betreuungszeit:	Natel von: _____ Nr.: _____	Tel. Festnetz von: _____ Nr.: _____	
	Natel von: _____ Nr.: _____	Tel. Festnetz von: _____ Nr.: _____	
	ev. weitere Nummern: Tel. von: _____ Nr.: _____	Tel. von: _____ Nr.: _____	
Sollten wir Sie nicht erreichen können, bitte eine weitere Kontaktperson angeben:	Nummer von: _____ Nr.: _____		
Wird Ihr Kind an gewissen Tagen in der Kita betreut?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, an folgenden Wochentagen: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag Name der Kita: _____		
Wird Ihr Kind an gewissen Tagen in der Tagesbetreuung betreut?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, an folgenden Wochentagen und Orten: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Filiale Feuerwehr <input type="checkbox"/> Filiale Breitenrain <input type="checkbox"/> Filiale Wyleregg <input type="checkbox"/> Filiale Breitschträff		
Wird Ihr Kind an gewissen Tagen durch eine Drittperson betreut?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, an folgenden Wochentagen: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag Name, Adresse und Telefon der Drittperson: _____		
Ärzte:	Hausarzt (Name und Tel.):	Zahnarzt (Name und Tel.):	
<b>Raus-Laus-Daten:</b> Mo 19.08.24, Mo 14.10.24, Mo 06.01.25, Di 22.04.25 Wir gehen davon aus, dass wir Sie bei Läuse- oder Nissenbefall unter dem angegebenen Kontakt erreichen können. <i>Bitte teilen Sie der Klassenlehrperson mit, falls es an den Raus-Laus-Daten eine Abweichung der Erreichbarkeit gibt.</i> Eine Information zur Läusekontrolle wird jeweils vor den Ferien vom Sekretariat per Klapp versendet.			
Zahnpflege: Mehrmals im Jahr werden die Kinder von einer Lehrperson in Gruppen angeleitet, ihre Zähne mit einer Zahnpasta (Fluoranteil unter 1500ppm) zu putzen.		Darf Ihr Kind daran teilnehmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Leidet Ihr Kind unter chronischen Krankheiten oder unter Allergien (Asthma, Neurodermitis...)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Dürfen Ihrem Kind homöopathische Mittel verabreicht werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leidet Ihr Kind unter besonderen Ängsten (z. B. Höhenangst, ...)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Isst Ihr Kind vegetarisch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gibt es Nahrungsmittel, auf die Ihr Kind aus nichtmedizinischen Gründen verzichten sollte (z.B. Schweinefleisch)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Darf Ihr Kind im Notfall im privaten Auto einer Betreuungsperson transportiert werden? <i>Wichtig: Im Notfall müssen immer die Rettungsdienste alarmiert werden (Notrufnummer 144).</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass Ton und Bildaufnahmen (Foto, Film) von meinem Kind für einzelne Zwecke verwendet werden.	Veröffentlichung für den <b>internen</b> Gebrauch im Klassenzimmer, in Schulräumen, im Korridor oder in der Tagesbetreuung. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Veröffentlichung auf der Homepage der Schule/Tagesbetreuung. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Durch getrenntlebende oder geschiedene Eltern auszufüllen:**

Das Kind wohnt:	an folgenden Tagen bei: _____ <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag  an folgenden Tagen bei: _____ <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag
Adresse des getrennt wohnhaften Elternteils bzw. Zweitadresse:	
Sorgerechtsfrage:	<input type="checkbox"/> Wir teilen uns das Sorgerecht <input type="checkbox"/> _____ (Name) hat das alleinige Sorgerecht
Wem steht das Obhutsrecht zu?	

Bemerkungen:	
--------------	--

Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

Schuljahr 2024/25	Datum:	Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten: