

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.):	
Raus-Laus-Daten: Mo 18.08.25, Mo 13.10.25, Mo 05.01.26, Mo 20.04.26 Wir gehen davon aus, dass wir Sie bei Läuse- oder Nissenbefall unter dem angegebenen Kontakt erreichen können. Bitte teilen Sie der Klassenlehrperson mit, falls es an den Raus-Laus-Daten eine Abweichung der Erreichbarkeit gibt. Eine Information zur Läusekontrolle wird jeweils vor den Ferien vom Backoffice 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 internen 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 2025/26	Datum:	Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten: