

## Erste-Hilfe-Maßnahmen

Name, Vorname des Schülers/ der Schülerin: geb. am:

Klasse / STG

.....

.....

Erziehungsberechtigte (Name, Vorname):

Vater :

.....

Mutter:

.....

Anschrift:

Straße, Haus-Nr.:

.....

PLZ, Ort:

.....

erreichbar unter Telefon-Nr. / Handy:

.....

Krankenkasse:

.....

**Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Sprechen Sie mit uns.**

Falls beide Eltern während der Unterrichtszeit berufstätig sind, an welchen Beschäftigten soll sich die Schule wenden?

..... Vater    .... Mutter                      – (beschäftigt bei: / Telefon-Nr.):

.....

.....

Wenn Sie einmal nicht zu erreichen sein sollten, wen soll die Schule verständigen?

..... Tel.: .....

Für notwendige ärztliche Behandlungen, Anschrift des Hausarztes:

..... Tel.: .....

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift