



**Notfallkartei**

**Klasse:** \_\_\_\_\_

**1 Allgemeines:**

Name/Vorname des Schülers: \_\_\_\_\_

Straße/Nr: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**2 Gesundheitliche Risiken (Allergien, Einnahme von Medikamenten etc.):**

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

**Hausarzt/ behandelnder Arzt:** \_\_\_\_\_

**3 Notfalltelefonnummern (Bitte unbedingt angeben!):**

Handy (Vater): \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_

Handy (Mutter): \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_



**Notfallkartei**

**Klasse:** \_\_\_\_\_

**1 Allgemeines:**

Name/Vorname des Schülers: \_\_\_\_\_

Straße/Nr: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**2 Gesundheitliche Risiken (Allergien, Einnahme von Medikamenten etc.):**

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

**Hausarzt/ behandelnder Arzt:** \_\_\_\_\_

**3 Notfalltelefonnummern (Bitte unbedingt angeben!):**

Handy (Vater): \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_

Handy (Mutter): \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_