



**Notfallangaben Schuljahr 2024/25**

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

Name, Vorname:  
(des Kindes) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Festnetz-Telefon: \_\_\_\_\_

Handy (Eltern): \_\_\_\_\_

Andere Notfallnummer: \_\_\_\_\_

**Um bei Unfällen oder Notfällen schneller helfen zu können, benötigen wir folgende Angaben. Diese Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.**

- hat Ihr Kind eine chronische Krankheit, z. B. eine Allergie? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- hat Ihr Kind Asthma und muss ein Anfallspray bei sich führen? Ja  Nein

- hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen oder eine Lebensmittelunverträglichkeit, worauf hauptsächlich die Sport- und Hauswirtschaftslehrer Rücksicht nehmen müssen? Bitte vollständige Angaben machen!

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass bei einem Unfall, bei dem ein Rettungswagen erforderlich ist, diese Angaben den Rettungssanitätern mitgegeben werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_