

NOTFALLADRESSEN

--

Klasse

SchülerIn:

		Tag Monat Jahr			
Nachname	Vorname	Österreichische Versicherungsnummer			
Straße	Plz	Ort			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Emailadresse	Datum der letzten Tetanusimpfung	Im Notfall dürfen Kaliumjodittabletten verabreicht werden.		Gruppenaufnahmen dürfen im Internet veröffentlicht werden.	

Versichert bei (und im Notfall zu verständigen)

		Tag Monat Jahr			
Nachname	Vorname	Österreichische Versicherungsnummer			
Krankenversicherung (z.B. WGKK, NÖGKK,...)	Verwandt (z.B. Mutter, Vater, ...)	Emailadresse			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Telefonnummer	Handynummer	Erziehungsberechtigt			

Im Notfall zu verständigen:

Nachname	Vorname	Verwandt (z.B. Mutter, Vater, ...)			
Telefonnummer	Handynummer	Emailadresse			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Plz	Ort	Erziehungsberechtigt			

Im Notfall zu verständigen:

Nachname	Vorname	Verwandt (z.B. Mutter, Vater, ...)			
Telefonnummer	Handynummer	Emailadresse			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Plz	Ort	Erziehungsberechtigt			

_____ Datum

_____ Unterschrift des Erziehungsberechtigten