



**Schulservice
Hersfeld-Rotenburg gGmbH**

Notfallblatt

Postanschrift der Einrichtung:		Datum:	
Name, Vorname des Kindes:			
Geburtsdatum:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne/divers (§22(3) PStG)	
Straße mit Hausnummer:			
PLZ, Wohnort:			
Wichtige Informationen/Besonderheiten (Behinderung / Allergien, Diabetes, etc.) :			
Hausarzt / Behandelnder Arzt:			
Müssen dauerhaft Medikamente eingenommen werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, führen Sie diese kurz auf.)			
Personenberechtigte/n:		Mutter:	Vater:
Name, Vorname:			
Anschrift:			
Telefon privat:			
Telefon mobil:			
Telefon geschäftlich:			



Schulservice Hersfeld-Rotenburg gGmbH

Arbeitszeit:		

Abholberechtigte:

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstanden, dass die vorstehenden Daten erfasst und den zuständigen Mitarbeiter/-innen der Schulservice Hersfeld-Rotenburg gGmbH zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift Personenberechtigte/n

Änderungen müssen den Betreuungskräften der Schulservice Hersfeld-Rotenburg gGmbH unverzüglich mitgeteilt werden!