

Schulverwaltung

Personal- und Notfallblatt

Die Angaben dienen den betreffenden Betreuungspersonen zur Orientierung im Alltag, wie auch bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen, und werden vertraulich behandelt.

Kind

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Adresse: _____
 Klasse, Lehrperson: _____ Handy: _____

Erziehungsberechtigte

Mutter

Name: _____
 Vorname: _____
 Adresse: _____
 Tel./Handy: _____
 E-Mail: _____

Vater

Name: _____
 Vorname: _____
 Adresse: _____
 Tel./Handy: _____
 E-Mail: _____



Hausarzt

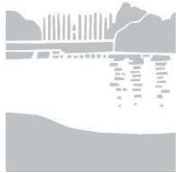
Name: _____
 Adresse: _____
 Telefon Praxis: _____



Krankheiten/Medikamente

Allergien/Krankheiten: _____

Einzunehmende Medikamente während der Tagesstruktur (Bezeichnung, Einnahmевorschrift):



Die Betreuungspersonen dürfen meinem Kind nicht-rezeptpflichtige Medikamente (Schmerzmittel etc.) bei Bedarf verabreichen: ja nein

Ärztliche Schweigepflicht

Ärzte und Pflegepersonal dürfen bei einem Notfall den Betreuungspersonen Auskunft über den Gesundheitszustand geben: ja nein

Weiteres: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an tagesstrukturen@oberuzwil.ch