

## Erste – Hilfe – Maßnahme

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

geb. am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Name der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Bei wem ist das Kind versichert? \_\_\_\_\_

Wo (Krankenkasse) ist es versichert? \_\_\_\_\_

Wen soll die Schule in einem dringenden Fall verständigen?

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Können wir Sie auf der Arbeitsstelle erreichen? Wenn ja, wo und unter welcher  
Telefonnummer?

Mutter: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
freiwillige Angabe

Vater: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
freiwillige Angabe

Hinweise zu körperlichen Besonderheiten (Brillenträger, Allergien, Krankheiten ...)

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

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