5j
Helfensteinerstr. 10-14
Gerhausen
89143 Blaubeuren
Telefon: (07344) 9292-0
Fax: (07344) 9292-22
E-Mail: sekretariat@ksr.ul.schule-bw.de
Internet: www.karl-spohn-realschule.de

Notfallblatt

gültig ab ……

…… …… ……
Name, Vorname der Schülerin/ des Schülers Klasse Schuljahr

Erkrankung (genaue Bezeichnung) / **Allergie** gegen:

……

……

……

……

Bitte im Notfall verständigen:

1. Name …… Telefon ……..…….
2. Name …… Telefon …….....……
3. Name …….. Telefon ……...

□ Bitte bei folgenden Symptomen sofort den **Notarzt** rufen:

……

Medikamente:

□ Der/die Schüler/in hat einen Allergiepass (Kopie beilegen)
□ Der/die Schüler/in hat unten aufgeführte Notfallmedikamente selbst dabei:
□ Unten aufgeführte Notfallmedikamente **werden/sind im Krankenzimmer deponiert**:

Namen der Medikamente / genaue Dosierung:

……

……

Da mein Kind chronisch / akut erkrankt ist (Nichtzutreffendes bitte streichen), verfüge ich hiermit, dass die Lehrkräfte bzw. die Sekretärin das o. g. Medikament in genannter Dosierung verabreichen dürfen.
Gleichzeitig entbinde ich die entsprechenden Personen von jeglicher Haftung.

…… ……
Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r