



## NOTFALLBLATT

_____	_____
Name, Vorname des Schülers	Geburtsdatum
_____	_____
Name Erziehungsberechtigter 1	Name Erziehungsberechtigter 2
_____	_____
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer (falls unterschiedlich)
_____	_____
Postleitzahl, Ort	Postleitzahl, Ort
_____	_____
Telefon	Telefon
_____	
Krankenversicherung (Krankenkasse)	
_____	_____
Hausarzt (Name und Adresse)	Krankenhaus

### IM NOTFALL ZU ERREICHEN

_____
Name, Anschrift, Telefon
_____
Name, Anschrift, Telefon
_____
Name, Anschrift, Telefon

### BESONDERE ANGABEN ZUR GESUNDHEIT IHRES KINDES (Allergien, Medikation,...)

_____
_____
_____

Standort Kirchberg  
Edith-Stein-Str.4, 66440 Blieskastel  
Tel: 06842 3566, Fax: 06842 538812

Standort Schlossberg  
Am Schloss 9, 66440 Blieskastel  
Tel: 06842 4438, Fax: 06842 538363

A  
B  
C  
D  
E  
F  
G  
H  
I  
J  
K  
L  
M  
N  
O  
P  
Q  
R  
S  
T  
U  
V  
W  
X  
Y  
Z