

# Notfalladresse

Klasse \_\_\_\_\_

**Berechtigte Auskunftsempfänger in schulischen Angelegenheiten (Bitte ankreuzen)**

- Mutter und Vater
- Mutter
- Vater
- Wer sonst?

---

**Sonstiges:**

Allergien bzw. Krankheiten, die zu Akutgefahr führen können: \_\_\_\_\_

Versicherungsanstalt: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer der Schülerin/des Schülers: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten