Fläming-Grundschule

Tel: 90277-7061

***Notfallbogen***

Oft stellt sich bei Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen unserer Schülerinnen und Schüler heraus, dass die zur Schulanmeldung gemachten Angaben nicht mehr zutreffen oder unvollständig sind. Um Kindern im Notfall schnell helfen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen für das Schuljahr 20/21 auszufüllen. Die Fragebögen werden klassenweise geordnet und verschlossen im Sekretariat aufbewahrt. Ferner werden die Angaben in LUSD (Lehrkräfte-Unterrichts-Schuldatenbank) eingegeben.

Schülerin/Schüler

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Name Vorname Klasse

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Berlin\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Postleitzahl Straße Hausnr

**Wer soll bei einem Unfall oder plötzlicher Erkrankung benachrichtigt werden (z. B. Eltern, Großeltern, andere Verwandte, Freunde, Nachbarn etc)? Die unter 1. ange-gebene Person wird zuerst benachrichtigt; sollte die Person nicht erreichbar sein, wird die unter 2. angegebene Person angerufen usw. Bitte geben Sie mindestens zwei Kontaktpersonen an!**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Telefon privat** | **Telefon Dienst** | **Verhältnis zum Kind** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

E-Mail Mutter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_wenn anders als

E-Mail Vater: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse vom Kind

***Die Kontaktdaten der Eltern werden in der Berliner Lehrkräfte-Unterrichts-Schul-Datenbach (Lusd) eingegeben*.**

Gesundheitlich Rücksichtnahmen bzw. Besonderheiten Ihres Kindes (z. B. Allergien, Unverträglichkeiten aller Art, ständige Medikamenteneinnahme usw):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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