



Notfallformular

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Krankenversicherung: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Schuljahr, Klasse: _____

Diagnose Epilepsie

Anzeichen: _____

1. Hilfe Maßnahmen / Medikamente: _____

Absprachen zwischen Eltern und Schule: _____

Notruf / Telefonnummern: _____

Unterschrift Eltern

Unterschrift Schule



Notfallformular

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Krankenversicherung: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Schuljahr, Klasse: _____

Diagnose Allergie

Anzeichen: _____

1. Hilfe Maßnahmen / Medikamente: _____

Absprachen zwischen Eltern und Schule: _____

Notruf / Telefonnummern: _____

Unterschrift Eltern

Unterschrift Schule

Notfallformular

**Foto hier
einkleben!**

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Krankenversicherung: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Schuljahr, Klasse: _____

Diagnose



Anzeichen: _____

1. Hilfe Maßnahmen / Medikamente: _____

Absprachen zwischen Eltern und Schule: _____

Notruf / Telefonnummern: _____

Unterschrift Eltern

Unterschrift Schule



Notfallformular

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Krankenversicherung: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Schuljahr, Klasse: _____

Diagnose **Diabetes**

Anzeichen: _____

1. Hilfe Maßnahmen / Medikamente: _____

Absprachen zwischen Eltern und Schule: _____

Notruf / Telefonnummern: _____

Unterschrift Eltern

Unterschrift Schule