

NOTFALLADRESSEN

Bitte genau und leserlich ausfüllen! (bitte mit dunklem Stift, kein Bleistift)

Alle Informationen werden vertraulich behandelt und nur im Notfall verwendet.

Name des Kindes:	Sozialversicherungsnummer des Kindes <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Bildungscampus +, VS, Attemsgasse 22, 1220 Wien	bei der Krankenkasse: Kind ist mitversichert bei <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> andere _____ (bitte SV-Nr. auch unten eintragen)																				
Klasse:	email: _____ Telefon - privat: _____																				
Wohnadresse:																					
Obsorgeberechtigt: <input type="radio"/> beide Elternteile <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> andere _____																					
Obsorgeberechtigte/r: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> andere _____	Sozialversicherungsnummer bitte nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Nachname:	bei der Krankenkasse:																				
Vorname:																					
Beruf/Arbeitsplatz:	Handy - privat:																				
Firma:																					
Genauere Anschrift:	Telefon - Arbeitsplatz: (hier erreichbar von _____ bis _____ Uhr)																				
Obsorgeberechtigte/r: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> andere _____	Sozialversicherungsnummer bitte nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
Nachname:	bei der Krankenkasse:																				
Vorname:																					
Beruf/Arbeitsplatz:	Handy - privat:																				
Firma:																					
Genauere Anschrift:	Telefon - Arbeitsplatz: (hier erreichbar von _____ bis _____ Uhr)																				
Weitere abholberechtigte Kontaktpersonen, die im Notfall verständigt werden können:																					
Name und genaue Angabe (z.B. Tante/Onkel, Großeltern, FreundIn, NachbarIn ...):	Telefon:																				
Name und genaue Angabe (z.B. Tante/Onkel, Großeltern, FreundIn, NachbarIn ...):	Telefon:																				
Name und genaue Angabe (z.B. Tante/Onkel, Großeltern, FreundIn, NachbarIn ...):	Telefon:																				
Wichtige Informationen:																					
z.B. Allergien, chronische Erkrankungen ...:	letzte Tetanusimpfung am:																				
Kaliumjodid-Tabletten - Einverständnis: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein																					

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen sofort zu melden.

_____ Datum

_____ Unterschrift einer/s Obsorgeberechtigten