|  |
| --- |
| **Schüler\*in** |
| Nachname / Vorname | Name und Vorname des Kindes eingeben. |
| Geburtsdatum | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Adresse | Adresse eingeben |
| Erstsprache | Sprache eingeben | Zweitsprache | Sprache eingeben |
|  |
| **Mutter** |
| Nachname / Vorname | Name und Vorname eingeben. |
| Adresse | Adresse eingeben |
| Telefon | Nummer eingeben | Mobile | Nummer eingeben |
| Sorgeberechtigt |[ ]
|  |  |
| **Vater** |
| Nachname / Vorname | Name und Vorname eingeben |
| Adresse | Adresse eingeben, sofern sie von der oberen abweicht |
| Telefon | Nummer eingeben | Mobile | Nummer eingeben |
| Sorgeberechtigt |[ ]
| **Geschwister** |
| Vorname | Vorname eingeben | Geburtsdatum | Datum wählen |
| Vorname | Vorname eingeben | Geburtsdatum | Datum wählen |
| Vorname | Vorname eingeben | Geburtsdatum | Datum wählen |
| Vorname | Vorname eingeben | Geburtsdatum | Datum wählen |
|  |
| **Weitere Kontaktperson (z.B. Tagesmutter, Grosseltern usw.)** |
| Nachname / Vorname | Name und Vorname eingeben  |
| Verwandtschaftsgrad | Text eingeben |
| Telefon | Nummer eingeben | Mobile | Nummer eingeben |
| Betreuungstage | [ ] Mo [ ] Di [ ] Mi [ ] Do [ ] Fr |
| **Tagesschule** |
| Besucht die Tagesschule | [ ] Mo [ ] Di [ ] Mi [ ] Do [ ] Fr |
|  |
| **Name der Krankenkasse** | Namen eingeben |
| Versicherungsnummer | die Nummer eingeben |
| Allergien (Fluor, Heuschnupfen usw.), chronische Krankheiten | Text eingeben |
| Medikamente, welche regelmässig eingenommen werden: | Dosierung:Text eingeben |
| Wissenswertes zur Gesundheit des Kindes | Text eingeben |
|  |
| Datenschutz: Mein/Unser Kind darf auf der Homepage, in Zeitungen etc. mit Foto erscheinen | [ ] Ja  | [ ] Nein  |
|  |
| Allgemeine Bemerkungen | Text eingeben |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum der Änderung 1 | Datum wählen | Datum der Änderung 2 | Datum wählen |
| Datum der Änderung 3 | Datum wählen | Datum der Änderung 4 | Datum wählen |
| Datum der Änderung 5 | Datum wählen | Datum der Änderung 6 | Datum wählen |

|  |
| --- |
| **Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Landschulwoche 3./4. Klasse** |
| Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert. | [ ]  Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt.[ ]  Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen. |
| Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente? | [ ]  Nein. [ ]  Ja, selbständig. [ ]  Ja, nicht selbständig.Medikament/e: Text eingebenDosierung: Text eingeben |
| Datum: Datum auswählen. Unterschrift/en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Skilager/Polysportwoche 5. Klasse** |
| Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert. | [ ]  Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt.[ ]  Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen. |
| Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente? | [ ]  Nein. [ ]  Ja, selbständig. [ ]  Ja, nicht selbständig.Medikament/e: Text eingebenDosierung: Text eingeben |
| Datum: Datum auswählen. Unterschrift/en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Landschulwoche 6. Klasse** |
| Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert. | [ ]  Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt.[ ]  Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen. |
| Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente? | [ ]  Nein. [ ]  Ja, selbständig. [ ]  Ja, nicht selbständig.Medikament/e: Text eingebenDosierung: Text eingeben |
| Datum: Datum auswählen. Unterschrift/en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Skilager/Polysportwoche 6. Klasse** |
| Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert. | [ ]  Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt.[ ]  Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen. |
| Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente? | [ ]  Nein. [ ]  Ja, selbständig. [ ]  Ja, nicht selbständig.Medikament/e: Text eingebenDosierung: Text eingeben |
| Datum: Datum auswählen. Unterschrift/en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Skilager/Polysportwoche 7. Klasse** |
| Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert. | [ ]  Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt.[ ]  Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen. |
| Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente? | [ ]  Nein. [ ]  Ja, selbständig. [ ]  Ja, nicht selbständig.Medikament/e: Text eingebenDosierung: Text eingeben |
| Datum: Datum auswählen. Unterschrift/en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Landschulwoche 8. Klasse** |
| Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert. | [ ]  Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt.[ ]  Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen. |
| Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente? | [ ]  Nein. [ ]  Ja, selbständig. [ ]  Ja, nicht selbständig.Medikament/e: Text eingebenDosierung: Text eingeben |
| Datum: Datum auswählen. Unterschrift/en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Abschlussreise 9. Klasse** |
| Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert. | [ ]  Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt.[ ]  Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen. |
| Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente? | [ ]  Nein. [ ]  Ja, selbständig. [ ]  Ja, nicht selbständig.Medikament/e: Text eingebenDosierung: Text eingeben |
| Datum: Datum auswählen. Unterschrift/en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |