

## NOTFALLKONTAKT

*(Dien Angaben werden vertraulich behandelt)*

Nach + Vorname:

---

Anschrift:

---

SV-Nummer (Schüler):

---

E-Mail-Adresse Erziehungsberechtigte/r:

---

**Im Notfall zu kontaktieren: (bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben):**

1. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten/Besonderheiten, die im Notfall dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden/müssen/Sonstiges:

---

---

---

**Datum/Unterschrift Erziehungsberechtigten**