

## NOTFALLKONTAKT

Nach- und Vorname (Schüler:in):

---

Anschrift:

---

SV-Nummer (Schüler:in):

---

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:

---

---

---

Nach- und Vorname Erziehungsberechtigte/er (Blockbuchstaben):

---

Datum/Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_