

Primarstufe Wasserstelzen, Wasserstelzenweg 11-15, 4125 Riehen

Schüler / Schülerin

Name:

Vorname:

Klasse:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tagesbetreuungsort:

Erstsprache (Muttersprache):

Nationalität / Heimatort:

Eltern

Name Mutter:

Vorname:

Telefon Privat:

Geschäft:

Natel:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

e-mail Adresse:

soll zuerst benachrichtigt werden

Name Vater:

Vorname:

Telefon Privat:

Geschäft:

Natel:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

e-mail Adresse:

soll zuerst benachrichtigt werden

Bitte geben Sie uns mindestens zwei Telefonnummern an (z.B. Geschäft, Grosseltern, Nachbarn). Wir müssen im Notfall unbedingt jemanden erreichen können.

Wer?

Tel.

Wer?

Tel.

Wer?

Tel.

Krankenkasse:

Unfallversicherung:

Kinderarzt / Adresse / Tel.Nr.:

Zahnarzt / Adresse / Tel.Nr.:

Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen oder besitzt es ein Notfallset?

Ja (bitte füllen Sie hierzu die Vereinbarung über Medikamenteneinnahme aus, diese ist auf unserer Homepage hinterlegt)

Nein

Datum der letzten Starrkrampfpimpfung: _____

Hat Ihr Kind chronische Krankheiten (Asthma, Diabetes, Epilepsie etc.) ?

1.

2.

3.

Bitte notieren Sie hier Allergien gegen Nahrungsmittel, Bienen etc.

1.

2.

3.

Anmerkungen / Wünsche

Bestätigung:

.....
Klasse und Datum

.....
Unterschrift der/des
Erziehungsberechtigten

Aktualisierung 1:

.....
Klasse und Datum

.....
Unterschrift der/des
Erziehungsberechtigten

Aktualisierung 2:

.....
Klasse und Datum

.....
Unterschrift der/des
Erziehungsberechtigten