

Volksschule

GTVS 1100, Jagdgasse 23
Ulip-Stelzer Melanie
Tel. 606 54 20 Fax DW/210



Notfalladresse

Nach- und Vorname des Kindes (Blockschrift) Geburtsdatum Klasse

Handynummer des Kindes (sofern vorhanden)

Wohnadresse Telefon (ev. Festnetz)

Im Notfall (Erkrankung, Unfall, ...) ersuche ich zu verständigen:

Name des Erziehungsberechtigten Telefon (ev. Handynummer)

Name und Arbeitsplatz der Mutter Telefon

Name und Arbeitsplatz des Vaters Telefon

Großeltern, Verwandte, Freunde, Nachbar Telefon

Versicherungsnr. der/des Erziehungsberechtigten: _____

Versicherungsnr. des Schülers / der Schülerin: _____

Allergien: _____

letzte Tetanusimpfung: _____ (unbedingt ausfüllen!)

Wien, _____ Unterschrift: _____

Volksschule

GTVS 1100, Jagdgasse 23
Ulip-Stelzer Melanie
Tel. 606 54 20 Fax DW/210



Notfalladresse

Nach- und Vorname des Kindes (Blockschrift) Geburtsdatum Klasse

Handynummer des Kindes (sofern vorhanden)

Wohnadresse Telefon (ev. Festnetz)

Im Notfall (Erkrankung, Unfall, ...) ersuche ich zu verständigen:

Name des Erziehungsberechtigten Telefon (ev. Handynummer)

Name und Arbeitsplatz der Mutter Telefon

Name und Arbeitsplatz des Vaters Telefon

Großeltern, Verwandte, Freunde, Nachbar Telefon

Versicherungsnr. der/des Erziehungsberechtigten: _____

Versicherungsnr. des Schülers / der Schülerin: _____

Allergien: _____

letzte Tetanusimpfung: _____ (unbedingt ausfüllen!)

Wien, _____ Unterschrift: _____