**NOTFALLBLATT *Schuljahr:***[ ]  ***2023/24*** [ ]  ***2024/25*** [ ]  ***2025/26***

Bitte gut leserlich mit GROSSBUCHSTABEN ausfüllen.

TPF TRAFIC SA, Laurent Aegerter, Support vente, Case postale 1536, 1701 Fribourg

TPF TRAFIC SA, Laurent Aegerter, Support vente, Case postale 1536, 1701 Fribourg

**Personalien des Kindes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name  |  | Klasse  |  |
| Vorname  |  | Strasse  |  |
| Geburtsdatum  |  | PLZ/Ort |  |

**Kontaktdaten der Eltern**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name/Vorname Mutter | Natel  |  | Tel.Arbeitsplatz  |  |
| Email |  |
| Name/Vorname Vater | Natel  |  | Tel.Arbeitsplatz  |  |
| Email |  |

 **Weitere Kontaktpersonen,** die in einem Notfall von uns kontaktiert werden, falls wir Sie als Eltern nicht erreichen. *Beispiel: Heidi Muster, Tagesmutter DI+MI, 079 999 99 99*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name/Vorname | Bezug/welche Tage | Tel.  |
|  |  |  |

**Kinderärztin/Kinderarzt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse |  | PLZ/Ort  |  |
| Telefon  |  | Email |  |

**Versicherungen**

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenkasse | Kartennummer Krankenkasse (20stellige Zahl) |
|  |  |
| Unfallversicherung  | Policennummer  |
|  |  |
| AHV-Nr. Kind  |  |

**Bemerkungen zum Gesundheitszustand**

*Allergien/Krankheiten/Beschwerden/Unverträglichkeiten und was muss beachtet werden*

***Falls Ihr Kind in der ausserschulischen Betreuung (ASB) angemeldet ist:*** *bitte Anfang Schuljahr 2 Notfallkits an Klassenlehrperson abgeben, 1 für Klasse/1 für ASB*

|  |  |
| --- | --- |
| **Was** | **Das ist zu beachten/Vorgehen bei einem Notfall**  |
|  |  |
| **Regelmässige Einnahme von Medikamenten** |
|  |  |

**Weitere wichtige Bemerkungen, Anliegen oder was wir sonst noch über Ihr Kind wissen sollten**

|  |
| --- |
|  |

**Schulapotheke**

Folgende Arzneimittel befinden sich in unserer erweiterten Schulapotheke für den Alltag und für Ausflüge.

Bitte kreuzen Sie an, welche aufgeführten Arzneimittel bei Bedarf bei Ihrem Kind zur Anwendung gelangen dürfen. Bei Krankheiten, schlimmeren Verletzungen, oder gar Unfällen werden wir Sie telefonisch kontaktieren, um in Absprache mit Ihnen die nötige Erstversorgung vornehmen zu können.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Homöopathische Globuli Arnika
 | * Fenistil Gel
 | * Blutstillende Watte
 |
| * Arnika-Salbe
 | * Similasan
 | * Parapic
 |
| * Bepanthen Plus
 | * Euceta
 | * Antibrumm
 |
| * Bepanthen Wundspray
 |  |  |

**Fotos und Videoaufnahmen Ihres Kindes**

**Fotos**

Um unsere Homepage fröhlicher und bunter zu gestalten und um einen Einblick in den Schulalltag zu gewähren, veröffentlichen wir Gruppenfotos, Fotos von Schulaktivitäten und -Beiträgen, **ohne Angabe der Namen**.

Bitte kreuzen Sie an:

[ ]  Wir sind mit der Veröffentlichung von Fotos unseres Kindes einverstanden.

[ ]  Wir sind nicht einverstanden mit der Veröffentlichung von Fotos unseres Kindes.

**Videoaufnahmen**

Im Rahmen der Medienerziehung und zu anderen Unterrichtszwecken werden zum Teil Lernfilme gedreht oder sonstige Videoaufnahmen gemacht, auf denen Kinder zu sehen sind. Diese sind **ausschliesslich für den internen Gebrauch** bestimmt. Vor dem Filmen wird Ihr Kind angefragt, ob es damit einverstanden ist.

Bitte kreuzen Sie an:

[ ]  Wir sind mit Videoaufnahmen unseres Kindes, die im Rahmen des Unterrichts und die ausschliesslich intern gebraucht werden, einverstanden.

[ ]  Wir sind nicht einverstanden, dass unser Kind im Rahmen des Unterrichts auf einem Video zu sehen

 ist.

**Datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Unterschrift der Eltern:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_