**T a g e s s c h u l e I n s**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Notfall- und Informationsblatt**

**(nur bei Erstanmeldungen oder Änderungen auszufüllen)**

**Kind**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strasse /Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klasse im neuen Schuljahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klassenlehrperson im neuen Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben**

|  |  |
| --- | --- |
| Hausarzt/Tel. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Zahnarzt/Tel. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Allergien | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Essgewohn-heiten | hat eine Lebensmittelallergie – siehe oben  vegetarisch / kein Fleisch  kein Schweinefleisch  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nimmt regelmässig Medikamente zu den Mahlzeiten – siehe unten |
| Medikamente / Dosierung | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Notfall-medikamente bei: | Diabetes: Insulin / Traubenzucker \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bienen- oder anderen Insektenstichen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lebensmittelallergie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  anderes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wo sind die Notfall-medikamente zu finden? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Medikamente müssen der Tagesschulleitung am ersten Betreuungstag abgegeben werden. Sie sind in der Originalverpackung und korrekt mit Namen des Kindes, behandelndem Arzt, Dosierung und Lagerungsart zu beschriften.  Medikamente die verfallen, werden durch die Betreuungspersonen an die Eltern zurückgegeben. | |
| Versicherung | Unfall- und Haftpflichtversicherung sind Sache der Eltern. |
| Nach der Tagesschule | unser Kind geht allein nach Hause  unser Kind wird abgeholt  unser Kind darf (nur) von folgenden Personen abgeholt werden  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Fotografieren | Wir sind einverstanden, wenn die von unserem Kind in der Tagesschule gemachten Fotos ohne Namen für schulinterne Diashows, das Rebstockblatt, die Eisser Chronik und die Tagesschulfotobücher,… weiterverwendet werden.  Wir wollen nicht, dass die von unserem Kind in der Tagesschule gemachten Fotos verwendet werden. |
| Zusammen-arbeit  Tagesschule - Schule | Für eine optimale Förderung ist eine professionelle Zusammenarbeit zwischen Tagesschule, Schule und Elternhaus im Interesse der Entwicklung Ihres Kindes.  Wir sind einverstanden, wenn Schule und Tagesschule bei Bedarf Informationen austauschen.  Wir wollen nicht, dass Schule oder Tagesschule einander Informationen über unser Kind weitergeben. |

**Erziehungsberechtigte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Elternteil 1** | **Elternteil 2** |
| Name | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vorname | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefon privat | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefon mobil | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefon Geschäft | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| E-Mail | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Telefonnummer für Notfälle:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ………………………………………………………….………….

Ort/Datum Unterschriften der Erziehungsberechtigten

**Diese Angaben werden vertraulich behandelt. Wir bitten Sie, uns Änderungen zu den oben gemachten Angaben sofort mitzuteilen.**