

Versorgung Ihres Kindes im Notfall



GYMNASIUM PHILIPPINUM
WEILBURG

Bei Änderungen bitten wir um sofortige Mitteilung im Sekretariat.

Klasse:

Klassenleitung:

1. Schüler/in		
Name	Vorname	Geschlecht W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Straße + Hausnummer	PLZ, Wohnort mit Ortsteil	
Geburtsdatum	Telefon-Nr. (mit Vorwahl) privat	
2. Eltern - Erziehungsberechtigte (Mutter und Vater)		
Mutter		Vater
Name		Name
Vorname		Vorname
Straße + Hausnummer		Straße + Hausnummer (falls erforderlich)
PLZ, Wohnort mit Ortsteil		PLZ, Wohnort mit Ortsteil (falls erforderlich)
Telefon-Nr. privat _____		Telefon-Nr. privat _____
Telefon-Nr. dienstlich _____		Telefon-Nr. dienstlich _____
Handy-Nr. _____		Handy-Nr. _____
E-Mail: _____		E-Mail: _____
Sorgeberechtigt (zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Vollmacht (liegt vor!)		
Sonstige Kontaktperson:		
Liegt eine chronische Erkrankung vor (Allergie, Diabetes etc.)?		
Besondere Bemerkungen:		
_____		_____
Ort, Datum, Unterschrift der Mutter / Erziehungsberechtigten		Ort, Datum, Unterschrift des Vaters / Erziehungsberechtigten