Grundschule Krusenbusch
Dießelweg 25
26135 Oldenburg
Tel.: 0441 - 202872
Fax: 0441 - 2094930
info@gs-krusenbusch.de

Grundschule Krusenbusch

KiB Kindertagesstätten & Beratungs-Verband e.V.

Liebe Eltern und Familien der Grundschule Krusenbusch,

um im Notfall schnell reagieren zu können, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

1. Wo können wir Sie im Notfall erreichen?
2. Wen sollen wir informieren, wenn Sie nicht zu erreichen sind?
3. Worauf muss bei Ihrem Kind im Notfall besonders geachtet werden? (z.B. Allergien)

Füllen Sie das Notfallformular bitte möglichst vollständig aus und geben Sie Ihrem Kind diese schnellstmöglich wieder mit in die Schule.

Bitte informieren Sie uns immer sofort, wenn sich Änderungen ergeben! Hierfür können Sie bei Bedarf ein neues Formular bei uns bekommen oder es auf unserer Internetseite www.gs-krusenbusch.de herunterladen.

Bitte geben Sie nicht nur Handynummern an, sondern unbedingt auch eine Person, die im Notfall Ansprechpartner ist! Nach unserer Erfahrung ändern sich Handynummern sehr häufig oder sind oft ausgeschaltet. Deswegen ist es wichtig für uns und ihr Kind, dass wir eine vertraute Person erreichen können.

Im Namen des gesamten Kollegiums der Grundschule Krusenbusch bedanke ich mich für Ihre Mithilfe

K. Miethke
Schulleiterin

Silvia Sacré
Ganztags-Koordinatorin

Grundschule Krusenbusch
Dießelweg 25
26135 Oldenburg
Tel.: 0441 - 202872
Fax: 0441 - 2094930
info@gs-krusenbusch.de

Grundschule Krusenbusch

KiB Kindertagesstätten & Beratungs-Verband e.V.

Notfallformular für das Schuljahr 2022/23

Name des Kindes:_____ aktuelle Klasse:____

Datum:_____

	Erziehungsberechtigte/r z.B. Mutter	Erziehungsberechtigte/r z.B. Vater
Name		
Adresse		
Telefonnummer privat		
Handynummer		
Wenn ich nicht zu Hause bin, bin ich hier zu erreichen:		

Falls ich/ wir nicht zu erreichen bin/ sind, informieren Sie bitte:

Name:_____

Adresse:_____

Telefonnummer:_____

oder:

Name:_____

Adresse:_____

Telefonnummer:_____

Im Notfall muss bei meinem Kind darauf geachtet werden!
(z.B. **Allergien**, bitte Kopie Allergiepass beifügen, **Krankheiten**, regelmäßige **Medikamenteneinnahme**, weitere Bemerkungen)

Bei meinem Kind darf eine Zecke von schulischem Personal entfernt werden:

☐Ja ☐Nein

Bei „Nein“ rufen wir Sie umgehend an, damit Sie kommen, um die Zecke zu entfernen oder zu einem Kinderarzt zu fahren.

Datum:_____ Unterschrift:_____