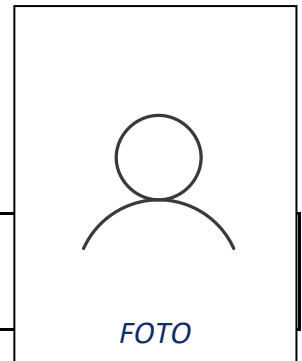




Notfallplan bei Krankheiten

Bitte nur ausfüllen, wenn bei Ihrem Kind eine Krankheit besteht, bei der Handlungen bzw. Maßnahmen erforderlich sind!

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
--------------	-----------------	----------------------



Krankheiten/Allergien:	Anzeichen:	Maßnahmen: (bei Medikamenten genaue Angaben)
1.		
2.		
3.		

**Im Notfall Benachrichtigung an:
Name, Tel., etc.**

1. _____

2. _____

3. _____

Ich/Wir ermächtige/n alle Mitarbeiter/-innen der Mittelschule Olching, oben aufgeführte Handlungsmaßnahmen auszuüben, bzw. Medikamente bei Eintritt o.g. Krankheiten verabreichen zu dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten