

NOTFALLADRESSE 2016/17

Schüler(in): **Klasse:**

Postleitzahl/Ort: **Straße/Nr.:**

SV-Nr.:

Krankenversicherung: GKK BVA KFA **sonstige:**

Allergien, chron. Krankheiten, Dauermedikation:

Erziehungsberechtigte(r): Eltern Vater Mutter

Name und Titel des Vaters:

Telefon: **E-Mail:**

Name und Titel der Mutter:

Telefon: **E-Mail:**

evt. Großvater / -mutter, ...: **Telefon:**

MELDUNG FÜR DIE VERWALTUNG - SCHULJAHR 2016 / 2017

Schülername: Klasse:

Mein Kind wird im Schuljahr 2016 / 2017 die Schule wie folgt besuchen:

- Schule extern (lt. Stundenplan)
- Schule und Betreuung bis 14.00 Uhr (incl. Mittagessen)
- Schule und Betreuung bis 18.00 Uhr (incl. Mittagessen)

Datum:

Unterschrift: