



Notfallblatt

Postanschrift der Einrichtung:	Datum:		
Name, Vorname des Kindes:			
Geburtsdatum:	Geschlecht:		
	□männlich □weiblich □ ohne/divers (§22(3) PStG)		
Straße mit Hausnummer:			
Straise file fraustrammer.			
PLZ, Wohnort:			
Wichtige Informationen/Besonderheiten (Behinderung / Allergien, Diabetes, etc.):			
Hausarzt / Behandelnder Arzt:			
Müssen dauerhaft Medikamente eingenommen werden? □ja □nein (Wenn ja, führen Sie diese kurz auf.)			
Personenberechtigte/n:	Mutter:	Vater:	
Name, Vorname:			
Anschrift:			
Telefon privat:			
Telefon mobil:			
Telefon geschäftlich:			

Schulservice Hersfeld-Rotenburg gGmbH Sitz: Rotenburg a. d. Fulda

Amtsgericht Bad Hersfeld HRB 2790 Geschäftsführerin: Christine Trinks **Bankverbindung:**

Sparkasse Bad Hersfeld BIC: HELADEF1HER

IBAN: DE39532500000000064981





Schulservice Hersfeld-Rotenburg gGmbH

Arbeitszeit:		
Abholberechtigte:		
lch erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstand	on dass die verstehender	Daton orfacet und don
zuständigen Mitarbeiter/-innen der Schulservice werden.	nersielu-koteriburg goriib	in zur verrugung gestent
werden.		
Datum.		
Datum	Uni	erschrift Personenberechtigte/n

Änderungen müssen den Betreuungskräften der Schulservice Hersfeld-Rotenburg gGmbH unverzüglich mitgeteilt werden!

IBAN: DE39532500000000064981