

Kinderpersonalblatt SEB Reinach*

*Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

<input type="checkbox"/> Reinacherhof	<input type="checkbox"/> Aumatt	<input type="checkbox"/> Fiechten	<input type="checkbox"/> Weiermatten
---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Kind

Name		Vorname	
Geb.-Datum		Sprache	
Nationalität		Konfession	
Strasse/Wohnort			

Mutter

Ich bin alleinerziehend

Name		Vorname	
Strasse/Wohnort			Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Tel. Privat		Natel	
Arbeitgeber		Tel. Geschäft	

Vater

Ich bin alleinerziehend

Name		Vorname	
Strasse/Wohnort			Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Tel. Privat		Natel	
Arbeitgeber		Tel. Geschäft	

Kindergarten/Schule/Klasse

--

Allgemeines

Weitere Kontaktpersonen resp. Abholberechtigte	
Kinderarzt	
Medikamente	
Krankenkasse	
Unfallversicherung	
Haftpflichtversicherung	
Meldung im Notfall	

Bitte wenden!

./.

Mein Kind hat folgende Lebensmittelintoleranz oder Lebensmittelallergie Symptome:..... Alternative Lebensmittel:.....
Weitere Allergien Symptome:..... Medikamente:.....
Besondere Vereinbarung	

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass bei kleineren Verletzungen Ihrem Kind von einem Arzt abgeseignete Medikamente verabreicht werden.

Dürfen in der SEB gemachte Fotos für interne Zwecke sowie zur Veröffentlichung z.B. im Wochenblatt, Gemeinde-TV, etc. genutzt werden?

Ja

Nein

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift