

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Notfallblatt** | **Sek Im Birch** | | | | | | | | |
| Bitte geben Sie das **ausgefüllte Formular so schnell als möglich** der Klassenlehrperson Ihres Kindes ab.  Sie finden eine **bearbeitbare Version** dieses Formular auf unsere Homepage für den **Download**.  [www.schulen-zuerich.ch/imbirch](http://www.schulen-zuerich.ch/imbirch) -> Downloads - > Formulare Sekundarschule  Am Computer ausgefüllte Formulare erleichtern uns die Erfassung sehr. Herzlichen Dank | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **Schüler/in** | Vorname | |  | | | | | | |
|  | Name | |  | | | | | | |
| Geschlecht | weiblich | | männlich | | | |  | | |
| Klasse Sek Im Birch |  | | Lehrperson Sek Im Birch | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **Personalien** |  | | | | | | | | |
| Geburtsdatum |  | | | | | | | | |
| Nationalität |  | | | | | | | | |
| Heimatort |  | | | | | | | | |
| Umgangssprache |  | | | | | | | | |
| Muttersprache |  | | | | | | | | |
| Religion | (freiwillige Angabe) | | | | | | | | |
| Konfession | (freiwillige Angabe) | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **Privat** |  | | | | | | | | |
| Strasse und Nr. |  | | | | | | | | |
| PLZ und Wohnort |  | | | | | | | | |
| Telefon |  | | | | | | | | |
| Telefon mobil |  | | | | | | | | |
| E-Mail Privat |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **Gesundheit** | |  | | | | | | | |
| Hausarzt | | Name | |  | | | | | |
|  | | Telefon | |  | | | | | |
| letzte Starrkrampf-Impfung | | Datum | |  | | | | | |
| Körperliche Beschwerden | | Nein | | Ja, welche? | |  | | | |
| Psychische Probleme | | Nein | | Ja, welche? | |  | | | |
| Allergien allgemein | | Nein | | Ja, welche? | |  | | | |
| nimmt Medikamente ein | | Nein | | Ja, welche? | |  | | | |
|  | | Einnahme wann? | | | |  | | | |
| weitere Bemerkungen | |  | | | | | | | |
| Vegetarier/in | | Nein | | Ja | |  | | | |
| Schweinefleisch-Verzicht | | Nein | | Ja | |  | | | |
| Lebensmittel-Allergie | | Nein | | Ja, welche? | |  | | | |
| Lebensmittel-Intoleranzen | | Nein | | Ja, welche? | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **Eltern** | **Mutter** | | | | | | | **Vater** | |
|  |  | | | | | | | | |
| Name |  | | | | | | |  | |
| Vorname |  | | | | | | |  | |
| Strasse, Nr. |  | | | | | | |  | |
| PLZ und Wohnort |  | | | | | | |  | |
| Telefon |  | | | | | | |  | |
| Telefon mobil |  | | | | | | |  | |
| E-Mail Privat |  | | | | | | |  | |
| E-Mail Geschäft |  | | | | | | |  | |
| Dürfen wir Ihre E-Mail Adressen, im Falle einer längerdauernden speziellen Situation, wie in der Zeit rund um Corona, an das Schul- und Sportamt der Stadt Zürich (SSD) weitergeben? Dass Schulamt würde dann die Adressen verwenden um zentrale Informationen an alle Eltern zu versenden. | | | | | | | | | |
| E-Mail an SSD? | Ja | | | | Nein | | | Ja | Nein |

Bei einem Unfall Ihres Kindes während der Unterrichtszeit werden Sie angerufen. Um schnell handeln zu können, ist Ihre Zustimmung zum Vorgehen nötig. Bitte kreuzen Sie die gewünschte Variante an.

Wir holen unser Kind sofort ab und bringen es in ärztliche Behandlung.

Wir möchten, dass unser Kind den Verletzungen entsprechend unverzüglich ärztlich behandelt

wird und übernehmen auch allenfalls notwendige Transportkosten.

Bei gravierenden Vorfällen wird der Sanitätsnotruf (Tel. 144) umgehend beigezogen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum |  | Unterschrift/en |  |
|  |  |  |  |

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und verbleiben in der Sekundarschule Im Birch.