CAMPUS CHRISTINE NÖSTLINGER

Datenblatt / Notfallkarte

Klasse: _____

Vorname:		**Nachname:**	
Staatsbürgerschaft:		Geburtstag:	
Erstsprache		Geboren in: (Ort + Land)	
Weitere Sprachen		Religion:	
Wohnadresse:			
Krankenkasse		Sozialversicherungs-Nr. Kind:	
Mitversichert bei: (Name)		Sozialversicherungs-Nr. Mitversichert:	
Allergien, Krankheit:			
Das Kind wohnt bei:	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Oma/Opa ☐ MA11 ☐_____	Erziehungsberechtigt:	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Oma/Opa ☐ Pädagoge*in

Angaben zur Mutter / Erziehungsberechtigten			
Vorname:		**Nachname:**	
Wohnadresse			
Geboren am:		Beruf:	
E-Mail:			
Telefon:			

Angaben zum Vater / Erziehungsberechtigten			
Vorname:		**Nachname:**	
Wohnadresse			
Geboren am:		Beruf:	
E-Mail:			
Telefon:			

Weitere Kontaktpersonen			
Vor- und Nachname:		Verhältnis zu Kind	
Telefonnummer:		Geb.:	
Wohnadresse:			
Vor- und Nachname:		Verhältnis zu Kind	
Telefonnummer:		Geb.:	
Wohnadresse:			

Wien, am _____ Unterschrift: _____