

## EVIDENZBLATT

**Von der Schule auszufüllen**

Angemeldet am: \_\_\_\_\_ Abgemeldet am: \_\_\_\_\_

Vorherige Schule: \_\_\_\_\_ Abgang zur Schule: \_\_\_\_\_

**NAME:** \_\_\_\_\_ **VORNAME** \_\_\_\_\_  männl.  weibl.

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_ Mitvers. bei: \_\_\_\_\_

Adresse: PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Name der **Mutter**: \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_, Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Betriebsadresse: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

Name des **Vaters**: \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_, Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Betriebsadresse: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

Name der **Geschwister:** \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_  
in der *Isma* Schule oder ebenfalls im *Isma* Kindergarten  JA  NEIN

Name der **Geschwister:** \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_  
in der *Isma* Schule oder ebenfalls im *Isma* Kindergarten  JA  NEIN

Name der **Geschwister:** \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_  
in der *Isma* Schule oder ebenfalls im *Isma* Kindergarten  JA  NEIN

Name der **Geschwister:** \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_  
in der *Isma* Schule oder ebenfalls im *Isma* Kindergarten  JA  NEIN

**Wer hat die Sorgepflicht für das Kind:** \_\_\_\_\_

Bescheid:  JA  NEIN

**Name sonstiger Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_

**Impfungen:**

Di/Te/Pe/Polio/Hib/Hep. B: \_\_\_\_\_ FSME (Zecken): \_\_\_\_\_ Masern/Mumps/Röteln: \_\_\_\_\_  
(jeweils Datum der letzten Impfung eintragen)

**Durchgemachte Krankheiten:**

Feuchtblattern  Masern  Keuchhusten  Mumps  
 Röteln  Infekt. Gelbsucht  Sonstige \_\_\_\_\_

**Ansteckende Krankheiten und Befall von Läusen sind umgehend im Schulbüro zu melden!**

Chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Dauermedikation: \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Spitalsaufenthalte: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Brillenträger/in:  JA  NEIN

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Notfall und bei Verletzungen mit Desinfektionsmittel, Brandschutzsalbe, Gel für Insektenstiche, homöopathischen Globuli, Bachblüten und dgl. erstversorgt wird.

Gibt es sonst noch etwas, das wir wissen sollten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wen dürfen wir im Notfall verständigen, wenn die Erziehungsberechtigten nicht erreichbar sind?

1. Name und Verwandtschaftsgrad zum Kind: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

2. Name und Verwandtschaftsgrad zum Kind: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

3. Name und Verwandtschaftsgrad zum Kind: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_