



## Kindergarten und Primarschule Diepflingen

Schulweg 1  
4442 Diepflingen  
Tel. 061 971 58 45  
www.schule-diepflingen.ch

# Anmeldung / Notfallkarte Kindergarten Diepflingen

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  Mädchen  Knabe

Adresse \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Heimatland \_\_\_\_\_

Hauptsprache \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Nur auszufüllen bei fremdsprachigen Kindern:

Deutschkenntnisse  gut  wenig  keine in der Schweiz seit \_\_\_\_\_

### Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten

#### Betreuungsperson 1

Name \_\_\_\_\_

Festnetz \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

#### Betreuungsperson 2

Name \_\_\_\_\_

Festnetz \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Sorgerechtsregelung  Mutter  Vater  Andere: \_\_\_\_\_

#### Evtl. weitere Personen, welche im Notfall kontaktiert werden können:

Name, Festnetz und/oder Mobile

\_\_\_\_\_

#### Hausarzt / Hausärztin

Name \_\_\_\_\_ Tel. Praxis \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Unfallversicherung \_\_\_\_\_

Policen Nummer \_\_\_\_\_

#### Zahnarzt

Name \_\_\_\_\_ Tel. Praxis \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

#### Krankheiten und Allergien

Sind beim Kind Allergien / Krankheiten bekannt?  ja \_\_\_\_\_  nein

\* Nur bei «ja» auszufüllen

Bemerkungen, Anliegen, besondere Massnahmen \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Folgende Medikamente braucht mein Kind \* \_\_\_\_\_  
 Wo sind die Medikamente gelagert \* \_\_\_\_\_  
 Wie soll die Lehrperson das Medikament einsetzen \* \_\_\_\_\_

**Datum der letzten Tetanusimpfung (Starkrampf-Impfung)** \_\_\_\_\_

**Diverses**

Mein/unser Kind kann ohne Schwimmhilfe schwimmen.

ja  nein

Von meinem Kind dürfen Fotos (keine Porträts) in schulinternen Mitteilungen und in Berichten über die Schule (auch auf der Website der Schule) verwendet werden.

ja  nein

Von meinem Kind dürfen Fotos (keine Porträts) im Amtsanzeiger Diepflingen in Berichten über die Schule verwendet werden.

ja  nein

Persönliche Bemerkung \_\_\_\_\_

Im Kindergarten / auf Klassenreisen ist immer eine kleine Apotheke vorhanden, die rezeptfreie Medikamente und Wundversorgungsmaterialien enthält. Wir sind einverstanden, dass unser Kind bei Bedarf Medikamente aus dieser Apotheke erhält. (Die Medikamentenliste des Amtes für Gesundheit des Kantons Basel-Landschaft kann beim Sekretariat bezogen werden.)

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Ermächtigungsbescheinigung zur Gabe der Medikamente**

Die Erziehungsberechtigten ermächtigen hiermit das Personal der Schule Diepflingen, die Notfallmedikation nach oben festgehaltenem Beschrieb zu verabreichen. Für das Ersetzen der Medikamente sind die Erziehungsberechtigten verantwortlich.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Dieser zweite Teil bitte zusätzlich unterzeichnen, sollte ihr Kind an einer Krankheit oder Allergie leiden, welche die Gabe von Medikamenten nötig macht.

<b>Kontrolle Anmeldung / Notfallkarte</b>			
Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und bestätigen Sie deren Korrektheit durch Ihre Unterschrift. Allfällige Korrekturen bitte mit Datum versehen. Sollten bereits einige Korrekturen vorgenommen worden sein, verlangen Sie bitte bei der Klassenlehrperson oder auf dem Sekretariat ein neues Formular. Vielen Dank.			
<b>1. KG</b>	Datum und Unterschrift	<b>2. KG</b>	Datum und Unterschrift

Dieses Notfallblatt wird von der Klassenlehrperson aufbewahrt und steht im Notfall allen Lehrpersonen des Kindes zur Verfügung. Die Angaben werden vertraulich behandelt und nach Schulaustritt vernichtet. **Mutationen sind umgehend der Klassenlehrperson schriftlich zu melden.** Aus Sicherheitsgründen wird das Notfallblatt jährlich kontrolliert und durch erneute Unterschrift bestätigt. Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihr Verständnis