

STAMMDATENBLATT

Angaben zum Kind				
Nachname		Vorname(n)		
Geburtsdatum		Geburtsort		
	Kl. ___ SJ 20___/___	Kl. ___ SJ 20___/___	Kl. ___ SJ 20___/___	Kl. ___ SJ 20___/___
Wohnanschrift				
Staatsangehörigkeit				
Sorgeberechtigter I				
Nachname				
Vorname				
Wohnanschrift (sofern abweichend)				
Telefon privat				
Handy				
Telefon dienstlich				
E-Mail-Adresse				
Beruf (freiwillige Angabe)				
Sorgeberechtigter II				
Nachname				
Vorname				
Wohnanschrift (sofern abweichend)				
Telefon privat				
Handy				
Telefon dienstlich				
E-Mail-Adresse				
Beruf (freiwillige Angabe)				
Notfallkontakt I				
Name				
Telefonnummer				
Notfallkontakt II				
Name				
Telefonnummer				
Bestätigung				
Datum				
Unterschrift				

Bitte bestätigen Sie die Angaben das jeweils aktuelle Schuljahr durch Ihre Unterschrift oder korrigieren Sie sie in der jeweiligen Spalte.

Angaben zum Kind

Nachname		Vorname(n)	
----------	--	------------	--

BISHERIGE SCHULLAUFBAHN

Name der Schule, Ort	Klasse von / bis	Schuljahre von/bis

VOLLMACHTEN

für das selbständige Verlassen der Schule bei Unterrichtsausfall / im Krankheitsfall

Um sicherzustellen, dass Ihr Kind im Falle eines vorzeitigen Unterrichtsschlusses oder im Krankheitsfall die Schule verlassen darf, bitten wir Sie, die folgende Einverständniserklärung für das jeweils aktuelle Schuljahr auszufüllen und zu unterschreiben. Andernfalls müssen wir Sie in jedem einzelnen Fall vorher telefonisch in Kenntnis setzen.

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass mein/unser Kind,,
Name, Vorname

1. im Falle eines vorzeitigen Unterrichtsschlusses ohne Benachrichtigung der Eltern nach Hause entlassen werden darf.
2. nachdem es sich im Schulsekretariat abgemeldet hat, im Krankheitsfall ohne weitere Rücksprache allein nach Hause gehen darf. Dies geschieht mit meiner/unserer ausdrücklichen Einwilligung und gilt nur für das unterschriebene Schuljahr.

	Kl. __ SJ 20__ / __	Kl. __ SJ 20__ / __	Kl. __ SJ 20__ / __	Kl. __ SJ 20__ / __
Vollmacht (Zutreffendes bitte ankreuzen)	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
Datum				
Unterschrift				

**HINWEISE ZU BESTEHENDEN
KRANKHEITEN/MEDIKAMENTEN/ALLERGIEN**

Hinweis: Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich für schulinterne Zwecke verwendet.
 Einwilligung: Hiermit ermächtige/n ich/wir die Schule, im Notfall die Daten den Mitarbeitern des Rettungsdienstes bzw. der Polizei zur Verfügung zu stellen.

.....
Datum/Unterschrift aller Sorgeberechtigten