

Adı-Soyadı : .....

Doğum Tarihi : .....

Kan Grubu : .....

Okul Adı : .....

Okul Telefon Numarası : .....

Sürekli Rahatsızlığı : .....

Alerjisi : .....

Kullandığı İlaçlar : .....

Acil Durumlarda Aranacak Kişi : .....

Aranacak Kişinin Telefonu : .....



T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI  
**ACIL ÇAĞRI MERKEZİ**

**Lütfen bu kartı sürekli olarak  
okul çantanızda bulundurun.**