

Leipzig International Kindergarten  
Karl-Heine-Straße 95, 04229 Leipzig

Tel: +49 (0)341 393 77 570  
Fax: +49 (0)341 393 77 900 570



## Accident Notification

Dear Parents,

Your child \_\_\_\_\_ had an accident at school at  
\_\_\_\_\_ (date and time).

Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

First aid has been given by LIS personnel. If you believe it is necessary, please take your child to see a doctor and inform the doctor that this was a **SCHOOL ACCIDENT**. There is no need to use your own insurance. We would advise you to take your child's vaccination card (Impfausweis) to the doctor's. Should you consult a doctor we need to be informed so that we can complete the Unfallkasse Sachsen paperwork so that the bill will be paid.

Thank you for letting us know,  
Leipzig International School

---

### Message back to school

We have consulted a doctor: \_\_\_\_\_  
(name and address of doctor) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Time spent at doctor's: \_\_\_\_\_ from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Type of injury: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Parent's signature)

## Unfallmeldung

Liebe Eltern,

Ihr Kind \_\_\_\_\_

hatte am \_\_\_\_\_ (Tag und Uhrzeit)

einen Unfall in der Schule.

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

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

Erste Hilfe wurde durch das LIS Personal geleistet. Wenn Sie es für notwendig erachten, Ihr Kind einem Arzt vorzustellen, informieren Sie diesen bitte darüber, dass es sich um einen **Schulunfall** handelt. Es besteht keine Notwendigkeit, Ihre eigene Versicherung zu nutzen. Wir empfehlen Ihnen, den Impfausweis Ihres Kindes mitzunehmen.

Sollten Sie einen Arzt aufsuchen, informieren Sie bitte die Schule, damit wir die Unterlagen für die Unfallkasse Sachsen zur Kostenübernahme vervollständigen können.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Leipzig International School

---

### Rückmeldung an die Schule

Wir haben einen Arzt konsultiert:

(Name, Anschrift)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Art der Verletzung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift der Eltern)