

Name des Kindes: _____
Geburtsdatum: _____

Klasse: _____



Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Name und Telnr. des Hausarztes: _____

Unter welcher Telefonnummer sind Sie erreichbar?

Zu Hause : _____ Mutter/Vater
Mobil : _____ Mutter/Vater
Arbeitsstelle : _____ Mutter/Vater
Weitere : _____

Diese Angaben werden streng vertraulich behandelt!

Leidet Ihr Kind unter einer Allergie? Ja Nein
Wenn Ja, welche ? _____

Muss Ihr Kind Medikamente nehmen? Ja Nein
Wenn Ja, welche ? _____

(wenn nötig geben Sie auch Dosierung und Einnahmezeit an)

Dürfen wir Ihrem Kind Medikamente im Krankheitsfall verabreichen? (z.B. Dafalgan bei Fieber und Schmerzen, Motilium bei Erbrechen, Immodium bei Durchfall, usw.)

Ja Nein

Einschränkungen bitte vermerken: _____

Gibt es andere Dinge, welche das Lehrerteam zur Betreuung Ihres Kindes wissen muss?
(evtl. spezielle Impfungen? Vegetarier/in...)

Nein Ja

Dieses Dokument behält seine Gültigkeit über die gesamte Schulzeit (inkl. Lager, Ausflüge, etc.) Ihres Kindes. Sollte es Änderungen geben, melden Sie diese umgehend dem Sekretariat. Vielen Dank.

Ort/ Datum: _____ Unterschrift der Eltern: _____