

Allergien-Krankheiten

Schülerin/Schüler

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Allergien

Allergie	
Besonders zu beachten	

Krankheiten

Krankheit	
Besonders zu beachten	

Telefon im Notfall - während der Schulzeit

Mutter	
Vater	
Betreuung	

Hausarzt

Name/Vorname Arzt	
Adresse Praxis	
Plz/Ort	
Telefon Praxis	

Datum

Unterschrift Eltern

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an die Schulverwaltung