

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

FRAGEBOGEN

- Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen.

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

- Mein Kind leidet an einer chronischen Erkrankung (Herzerkrankung, Epilepsie, Asthma, Zuckerkrankheit, etc.).

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

- Bei meinem Kind ist eine Allergie bekannt (gegen Medikamente, Pollen, Hausstaub, etc.).

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

- Bei meinem Kind wurde eine Operation durchgeführt.

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Ich bin mit der Erhebung dieser Daten einverstanden und erlaube eine Weitergabe dieser Informationen an die Schulärztin / den Schularzt.

Datum

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten