



Krankheiten – körperliche Beeinträchtigungen – Allergien

Unsere Tochter / Unser Sohn: _____

Klasse: _____

Geburtsdatum: _____

hat keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

hat folgende körperliche Beeinträchtigungen:

Bemerkungen / Handlungsanweisungen an die Schule:

Notfallplan liegt bei.

Mobilnummer für Notfälle: _____

Ich bin darüber informiert, dass bei Veränderungen bezüglich der angegebenen körperlichen Beeinträchtigungen oder bei neuauftretenden Erkrankungen die Schule umgehend informiert werden muss.

Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten