

Besondere Angaben zu Ihrer Tochter:

Name, Vorname

1. Leidet Ihre Tochter unter einer bestimmten Krankheit/Allergie oder anderen Beeinträchtigungen? ja nein

wenn ja

Art der Krankheit/Allergie: _____

Allergieauslösender Stoff: _____

Medikamenteneinnahme ja nein

Art des Medikamentes: _____

Lagerhinweise: _____

Einnahmezeiten: _____

Sonstige Hinweise: _____

2. Hat Ihre Tochter besondere Essgewohnheiten aus gesundheitlichen Gründen?

ja , und zwar: _____

nein _____

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Erreichbarkeit in Notfällen:

Name und vollständige Adresse der Erziehungsberechtigten

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

privat: _____ erreichbar von _____ bis _____

dienstlich: _____ erreichbar von _____ bis _____

Handynummer: _____

Weitere Ansprechpartner (falls notwendig):

Ich gebe mein Einverständnis, dass meiner Tochter bei Notwendigkeit jeglicher ärztlicher Versorgung diese auch erbracht werden darf.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten