

Information zu Medikamenten/Allergien

Vor- und Zuname (Kind): _____

Geburtsdatum: _____

ist Vegetarier:in: JA NEIN

darf _____ **nicht** essen.

(Lebensmittelallergien, Unverträglichkeiten, Essgewohnheiten usw.)

Mein Kind hat **Allergien oder chronische Krankheiten**, die zu berücksichtigen sind:

Ja, welche _____

Nein

Mein Kind muss während der Betreuungszeit **Medikamente** nehmen:

Ja, ärztliche Bestätigung und Unterweisung muss schriftlich aufliegen!

Nein

Ort und Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten