

## 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