

# SCHULVERBAND WALDASCHAFF

Schulverband Waldaschaff  
Am Mühlbach 5  
63857 Waldaschaff

## Beiblatt-Gesundheit

Erziehungsberechtigte / r

Anrede

Name

Vorname

Straße/HsNr

PLZ

Ort

Telefon

eMail

Name des Kindes

geb. am

### Das oben genannte Kind leidet an . . .

gesundheitlichen Problemen  NEIN  JA - WELCHE

Allergien  NEIN  JA - WELCHE

Einschränkungen beim Essen  NEIN  JA - WELCHE

sonstige Probleme  NEIN  JA - WELCHE

### Das oben genannte Kind benötigt . . .

Medikamente  NEIN  JA - WELCHE

Sonstiges  NEIN  JA - WAS

### Arztbesuche

Sind Sie damit einverstanden?  JA, ich bin damit einverstanden  NEIN, ich bin damit nicht einverstanden

### Ansprechpartner für dringende Fälle

Name

Telefon

Handy

Waldaschaff,

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten