

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