



Formular zu Allergien/Unverträglichkeiten und Krankheiten

Kind: _____ Klasse/Gruppe _____ Jahrgangsstufe _____

Notfall – Telefon – Nr.: _____

1. Mein Kind hat folgende Allergie(n): (Bitte genaue Bezeichnung)

Diese habe ich durch anliegendes ärztliches Attest nachgewiesen / dokumentiert.

2. Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten/ besondere Essensvorschriften:

- Kein Schweinefleisch Vegetarier*in
 Laktoseintoleranz Sonstige (bitte aufführen)

3. Mein Kind hat folgende Krankheit(en):

Hierbei muss auf folgendes geachtet werden:

Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Krankheit oder allergischen Reaktion bei meinem Kind von den Mitarbeitern der OGS das entsprechende Medikament verabreicht wird, welches mein Kind als Notfallset im Schulanfang mit sich führt. (Bitte kommen Sie auf uns zu, falls das Medikament eine spezielle Lagerung benötigt, z.B. Kühlung.)

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r