



## Formular zu Allergien/Unverträglichkeiten und Krankheiten

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Jahrgangsstufe \_\_\_\_\_

Klassenlehrer\*in \_\_\_\_\_ Cluster(Leitung) \_\_\_\_\_

Notfall – Telefon – Nr.: \_\_\_\_\_

### Mein Kind hat folgende Lebensmittel-Einschränkung:

- Darf kein **Schweinefleisch** essen
- Darf keinen **Fisch** essen
- Isst nur **vegetarisch**
- Hat eine **Lactoseintoleranz**
- Hat eine **Gluten-Unverträglichkeit**
- Hat eine **Nussallergie**
- Hat **Diabetes**

---

Bei allen hier nicht aufgeführten Besonderheiten halten Sie bitte Rücksprache mit der Teamleitung.

---

---

Ort, den

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r