



Angaben zur Gesundheit

Name, Vorname des Kindes

Klasse

Geburtsdatum

Angaben zum Kind

Liegt eine **Krankheit** oder **Behinderung** vor?

nein ja

falls ja,
welche? _____

Reagiert Ihr Kind **allergisch**?

nein ja

falls ja,
worauf? _____

(z. B. Insektenstiche, Speisen usw.)

Müssen **Medikamente** eingenommen werden?

nein ja

falls ja,
welche? _____ und zu welcher Uhrzeit? _____

Welche Person(en) soll(en) im **Notfall** kontaktiert werden?

Name, Vorname, Verhältnis zum Kind, Tel.-Nr.

Name, Vorname, Verhältnis zum Kind, Tel.-Nr.

Name, Vorname, Verhältnis zum Kind, Tel.-Nr.

Wir weisen Sie darauf hin, dass bei Unfällen / medizinischen Notfällen eine dieser Personen und der Rettungsdienst und/oder der Notarzt umgehend angerufen wird.

Weitere Angaben

Um gut mit Ihrem Kind umgehen zu können, wäre es für uns hilfreich seine Eigenarten zu kennen. Für jeden Hinweis, jede Anregung und Hilfe sind wir Ihnen dankbar. Wenn Sie uns Tipps geben möchten, notieren Sie diese bitte in den nachfolgenden Zeilen.

Zum Schluss möchten wir Sie noch bitten, uns Personen Ihres Vertrauens zu nennen, die wir bei eventuellen Schwierigkeiten Ihrem Kind ansprechen dürfen, sofern Sie selbst nicht zu erreichen sind.

Name, Adresse, Verhältnis zum Kind (z. B. Oma, Opa), Tel.-Nr. (mit Vorwahl)

Name, Adresse, Verhältnis zum Kind (z. B. Oma, Opa), Tel.-Nr. (mit Vorwahl)

Ort, Datum

Unterschrift(en) aller Erziehungsberechtigter

Bitte tragen Sie dafür Sorge, dass dieses Formular baldmöglichst und unterschrieben bei der OGTS Grundschule Bad Kötzting abgegeben wird.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der OGTS