



Formular zu Allergien/Unverträglichkeiten und Krankheiten

Kind: _____ KlassenlehrerIn: _____ 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 Schulranzen mit sich führt. (Bitte kommen Sie auf uns zu, falls das Medikament eine spezielle Lagerung benötigt, z.B. Kühlung.)

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r