

mein/ unser Kind ist gegen Tetanus (Wundstarkrampf) geimpft

Ja (Datum: _____)

Nein

Allergien

Heuschnupfen

Bienen/- Wespenstich

Asthma

Lebensmittelallergie:

Medikamente:

sonstige Allergien:

Wichtige Vorerkrankungen/ Operationen:

Sonstige (wichtige) Informationen:

Mein/ Unser Kind isst ausschließlich vegetarisch.

Ort, Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)