



Information Erkrankungen

Familienname: _____	Vorname: _____
geboren am: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Festgestellte, für den Schulbereich bedeutsame Erkrankungen / Beeinträchtigungen:

(ggf. ärztliche Bescheinigungen/Stellungnahmen/Verordnungen beifügen)

Angaben zu notwendigen Maßnahmen / Medikamentierungen o. ä.:

Berechtigte Personen zur Ergreifung o. a. Maßnahmen:

Name, Adresse, Telefonnummer des betreuenden Arztes:

Im Notfall alternativ zu den Erziehungsberechtigten zu benachrichtigen:

Berechtigte Person	Name, Vorname	Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r