

# Formular zu Allergien/Unverträglichkeiten und Krankheiten

Kind \_\_\_\_\_

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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 das entsprechende Medikament verabreicht wird, welches mein Kind als Notfallset mit sich führt.

\_\_\_\_\_

Ort, den Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r