

## Abfrage Gesundheitszustand

Zur Planung unseres Unterrichts und Schullebens ist es wichtig, über die gesundheitliche Verfasstheit Ihres Kindes Kenntnis zu haben, damit wir uns angemessen verhalten können.

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Mir sind keine Krankheiten oder Allergien meines Kindes bekannt.

Mir sind folgende Krankheiten oder Allergien meines Kindes bekannt.

Wenn ja, welche?

Krankheiten: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Mein Kind hat keine gesundheitlichen Einschränkungen.

Auf folgende gesundheitliche Einschränkungen meines Kindes muss geachtet werden: \_\_\_\_\_

Mein Kind muss folgende Medikamente regelmäßig/ in Notfällen einnehmen.

\_\_\_\_\_

Genauere Informationen gebe ich schriftlich an die Klassenleitung weiter und bin damit einverstanden, dass alle Lehrkräfte, die mit meinem Kind arbeiten, darüber informiert werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten