



Formular zu Allergien/Unverträglichkeiten

Name: _____

Klasse: _____

1. Mein Kind hat folgende Allergie(n): (Bitte genaue Bezeichnung)

2. Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten/ besondere Essensvorschriften (z.B. kein Schweinefleisch, Vegetarier, Laktose etc.): (Bitte genau aufführen, was das Kind nicht essen darf)

3. Mein Kind hat folgende Krankheit(en):

Hierbei muss auf folgendes geachtet werden:

4. _____

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 Schulanzen mit sich führt. (Bitte kommen Sie auf uns zu, falls das Medikament eine spezielle Lagerung benötigt, z.B. Kühlung.)

5. _____

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r