
Vorname des Kindes

Nachname des Kindes

Geburtstag

1. Mittagessen: Zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen

Schweinefleisch: ☐ Ja ☐ Nein

Vegetarier: ☐ Ja ☐ Nein

Nahrungsmittelunverträglichkeit: _____

2. Medikamente/Krankheiten/Körperliche Einschränkungen/Therapien/Sehstärke.....

Bitte vermerken Sie hier alle wichtigen Informationen zu Ihrem Kind, die für den täglichen Schulablauf von Bedeutung sind, z.B. ob Ihr Kind allergisch ist, ob es eine Lese-Rechtschreibschwäche diagnostiziert bekommen hat oder ob es im Sportunterricht durch eine körperliche Einschränkung nicht voll belastbar ist usw.:

Ort und Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte