



Einverständniserklärung SpB

(Die Angaben dieser Daten erfolgt auf freiwilliger Basis)

Angaben zum Kind:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsort: _____ Geburtstag: _____ Geschlecht: _____
Anschrift: _____
Schuljahr: _____ Klasse: _____
Krankenkasse: _____

gesundheitl. Besonderheiten (z.B.: Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheiten u.a.):

regelmäßige Medikamentierung: ja, folgende: _____

Allergie-Essen notwendig: ja, zu beachten: _____

Angaben zu den Personensorgeberechtigten:

Name, Vorname _____ m w d
Anschrift (falls abweichend): _____

E-Mail-Adresse _____

Tel. privat: _____

Tel. geschäftl.: _____

beschäftigt bei (freiwillige Angabe): _____

(Bitte unbedingt beide Telefonnummern für Notfälle angeben!)

Name, Vorname _____ m w d

Anschrift (falls abweichend): _____

E-Mail-Adresse _____

Tel. privat: _____

Tel. geschäftl.: _____

beschäftigt bei (freiwillige Angabe): _____

(Bitte unbedingt beide Telefonnummern für Notfälle angeben!)

Weitere Personen, welche das Kind abholen dürfen:

Name, Vorname _____ m w d

Anschrift: _____

Tel. privat: _____

PA.Nr./RP. Nr. _____

Name, Vorname _____ m w d

Anschrift: _____

Tel. privat: _____

PA.Nr./RP. Nr. _____

Datum

Unterschrift d. Personensorgeberechtigten