

Daten der Schülerin / des Schülers

SCHÜLER/IN			
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Handy:	

WICHTIGE INFORMATIONEN			
Meine Tochter / mein Sohn muss regelmäßig Medikamente einnehmen:	JA		NEIN
Name des Präparats:			
Dosierung:			
Mein Kind hat folgende gesundheitlichen Besonderheiten (Allergien, Diabetes, etc.):			
Mein Kind ernährt sich fleischlos:			
<input type="radio"/> Nein			
<input type="radio"/> Ja			
<input type="radio"/> vegetarisch <input type="radio"/> Sonstiges: _____			
<input type="radio"/> vegan			

für die Richtigkeit der Angaben:

Unterschrift Schüler/in

Unterschrift eines Elternteils