

Ergänzende Angaben:

<p>Leidet Ihr Kind unter Allergien und/oder Unverträglichkeiten, die für die OGTS relevant sind (Nahrungsmittel, Insektenstiche, Sonnencreme, Pflaster, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____ _____ _____</p>	
<p>Leidet Ihr Kind unter (chronischen) Krankheiten? (wie Heuschnupfen, Diabetes, Asthma, ect.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? (Freiwillige Angabe)</p>
<p>Muss Ihr Kind dafür während der Betreuungszeit Medikamente einnehmen?</p> <p>Bedenken Sie, dass bei „Ja“, ihr Kind diese Medikamente bei sich haben muss. Das OGS Personal darf keine Medikamente an Schüler ausgeben.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p>
<p>Hausarzt des Kindes (Name und Anschrift)</p>	
<p>Krankenkasse (wird bei einem Krankenwageneinsatz abgefragt)</p>	
<p>Bemerkungen, Maßnahmen oder besondere Anliegen (z.B. kein Schweinefleisch):</p>	

 Ort, Datum

 Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten