A-01 Medizin – Check

(Bitte ausfüllen, unterschreiben und in der OGS abgeben!)

Name, Vorname des Kindes: .....

1. Mein/Unser Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen:

   Nein ↑ Ja ↑

   Wenn ja, welche .....

2. Müssen die Medikamente auch während der Schulzeit (bis 16.00 Uhr) eingenommen werden?
   Nein ↑ Ja ↑

   Wenn ja, wann? .....

   Soll die Einnahme überwacht werden?
   Nein ↑ Ja ↑

   Bemerkungen hierzu:

   .....

3. Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen?

   Nein ↑ Ja ↑
   Wenn ja, welche Allergie(n) besteht/bestehen?

   .....

   Mein/Unser Kind darf folgende Lebensmittel nicht essen bzw. trinken:

   .....
   Bemerkungen zu besonderen Verhaltensmaßnahmen:

   .....

....
Datum Unterschrift