

Aufnahme für das Schuljahr 20**Name der Schülerin / des Schülers** _____**Festgestellte, für den Schulbereich bedeutsame Allergien/Erkrankungen/Behinderungen:**

(ggf. ärztliche Bescheinigungen/Stellungnahmen/Verordnungen vorlegen)

| |
|--|
| |
| |

Angaben zu notwendigen Maßnahmen (Medikamentierung o. ä.)

| |
|--|
| |
| |

Berechtigte Personen zur Ergreifung o. a. Maßnahmen:

| |
|--|
| |
| |

Name, Adresse, Telefonnummer des betreuenden Arztes:

| |
|--|
| |
| |

Im Notfall alternativ zu den Erziehungsberechtigten zu benachrichtigen:

| Berechtigte Person | Name, Vorname | Telefonnummer |
|--------------------|---------------|---------------|
| | | |
| | | |

Twist, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r