



## 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