



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