



## Allergien / Unverträglichkeiten und Krankheiten

Kind: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

### 1. Mein Kind hat folgende Allergie(n):

*(Bitte genaue Bezeichnung)*

\_\_\_\_\_

Diese habe ich durch anliegendes ärztliches Attest nachgewiesen / dokumentiert.

### 2. Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten / besondere Essensvorschriften (z.B. kein Schweinefleisch, Vegetarier, Laktose, etc.):

*(Bitte genaue Bezeichnung)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Mein Kind hat folgende Krankheit(en):

\_\_\_\_\_

Hierbei muss auf Folgendes geachtet werden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)