

Information über chronische Erkrankungen

Name und Anschrift Schülerin/Schüler

Name und Anschrift der Personensorgeberechtigten

Hiermit informiere ich die Schule über folgende chronische Erkrankung und lebensbedrohliche Allergien:

und deren Symptome:

Vorgehen bei Komplikationen/im Notfall:

Abgabe Medikamente

Lehrkräfte, Angestellte und Mitschülerinnen und Mitschüler dürfen keine eigenen Diagnosen stellen und von sich aus keine Medikamente verabreichen. Das Richten von Medikamenten ist erlaubt.

Telefonische Erreichbarkeit:

Notfallkontakt: _____

Wir werden/ich werde dafür Sorge tragen, dass wir/ich für die Schule möglichst durchgängig telefonisch erreichbar sind/bin.

Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte

Datum, Unterschrift Schülerin/Schüler

Dieses Formular bitte wieder im Sekretariat abgeben.