|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name des Kindes:** |  | **Vorname:** |  |
| Geburtsdatum: |  |  |
| PLZ / Wohnort: |  | Straße/Hausnr.: |  |
| Telefon:(während der Schulzeit) |  | Handy: |  |
| Krankenkasse: |  |
| Hausarzt / Name:Anschrift:Telefon: |  |
| Facharzt /KrankenhausName: Anschrift:Telefon: |  |
| Diagnose / Krankheitsbild / Grunderkrankung |  |
| Evtl. Notfallmedikamente?Besondere Verhaltensmaßnahmen in Notfällen? | (bitte dafür Anlagen 2 und 3 ausfüllren) |
| Ist Ihr Kind grundsätzlich gegen bestimmte Medikamente, Nahrungsmittel etc. allergisch? |  |
| Maßnahmen zum Schutz Ihres Kindes (Tragen eines Helmes, erhöhte Infektionsgefahr bei Kälte usw.) |  |

**Bitte die Schule bei Änderungen sofort informieren!**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Ort, Datum Unterschrift – Erziehungsberechtigte -

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name des Kindes:** |  | **Vorname:** |  |
| Geburtsdatum: |  |  |
| PLZ / Wohnort: |  | Straße/Hausnr.: |  |
| Telefon:(während der Schulzeit) |  | Handy: |  |
| Krankenkasse: |  |
| Hausarzt / Name:Anschrift:Telefon: |  |
| Facharzt /KrankenhausName: Anschrift:Telefon: |  |
| Diagnose / Krankheitsbild / Grunderkrankung |  |
| Evtl. Notfallmedikamente?Besondere Verhaltensmaßnahmen in Notfällen? | (bitte dafür Anlagen 2 und 3 ausfüllren) |
| Ist Ihr Kind grundsätzlich gegen bestimmte Medikamente, Nahrungsmittel etc. allergisch? |  |
| Maßnahmen zum Schutz Ihres Kindes (Tragen eines Helmes, erhöhte Infektionsgefahr bei Kälte usw.) |  |

**Bitte die Schule bei Änderungen sofort informieren!**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Ort, Datum Unterschrift – Erziehungsberechtigte -

Schule am Weserbogen,

LWL Förderschule Bad Oeynhausen,

Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung

Persönliche Angaben

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name des Kindes:** |  | **Vorname:** |  |
| Geburtsdatum: |  |  |
| PLZ / Wohnort: |  | Straße/Hausnr.: |  |
| Telefon: Bitte unbedingt eine Nr. angeben, über die während der Schulzeit jemand zu erreichen ist |  | Handy: evtl. auch Nr. der Arbeitsstelle: |  |
| Krankenkasse: |  |
| Haus-, Facharzt / Name:Anschrift:Telefon: |  |
| Krankenhaus / Name: Anschrift:Telefon: |  |
| Diagnose / Krankheitsbild / Grunderkrankung **Bitte aktuelle Arztberichte als Kopie für die Notfallakte in der Schule mit geben** |  |
| Evtl. Notfall- oder andere Medikamente? Besondere Verhaltensmaßnahmen in Notfällen?siehe Anlage 2, 3, 5 u. ggf. 6 |  |
| Ist Ihr Kind grundsätzlich gegen bestimmte Medikamente, Nahrungsmittel etc. allergisch? |  |
| Maßnahmen zum Schutz Ihres Kindes (Tragen eines Helmes, erhöhte Infektionsgefahr bei Kälte usw.) |  |

**Bitte die Schule bei Änderungen sofort informieren!**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Ort / Datum Unterschrift – Erziehungsberechtigte -