|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name des Kindes:** |  | **Vorname:** |  |
| Geburtsdatum: |  |  | |
| PLZ / Wohnort: |  | Straße/Hausnr.: |  |
| Telefon: (während der Schulzeit) |  | Handy: |  |
| Krankenkasse: |  | | |
| Hausarzt / Name: Anschrift: Telefon: |  | | |
| Facharzt /Krankenhaus Name:  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 /Krankenhaus Name:  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 -