



## 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