Zur Erfassung bitte digital ausfüllen **und** im Sekretariat bis Mittwoch, **20.9.24** abgeben!!!

**Wichtige Informationen zur Gesundheit von**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name des Schülers/der Schülerin) in der Klasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ im Schuljahr 2024/25

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klasse** | **Vorname und Name** | **Gesundheitliche Besonderheit/Diagnose** | **Ständig benötigte medizinische Ausstattung** | **Einweisung der betreuenden Personen durch Arzt oder Eltern ist nötig** |
|  |  |  |  |  |

Wir sind damit einverstanden, dass diese Informationen in Schriftform im Sekretariat vorliegen und ggf eingesehen und weitergegeben werden können:

* zur Einsicht für ALLE Lehrkräfte und pädagogischen Betreuer des o.g. Kindes
* zur Weitergabe an medizinisches Personal im Falle einer plötzlichen Erkrankung oder Verunfallung
* wir wünschen ein persönliches Gespräch mit **□** der Klassenleitung **□** Betreuern der OGS **□** der Verantwortlichen des Schulsanitätsdienstes

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift aller Erziehungsberechtigter