



Adressenblatt

Schüler:

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Erziehungsberechtigte/r 1:

Name _____ Vorname _____

Anschrift und Kontaktdaten: **Wohnanschrift des Schülers**

Straße und Hausnummer _____

PLZ, Wohnort (mit genauer Angabe des Stadt- bzw. Ortsteils) _____

Telefon privat _____

Telefon mobil _____ Telefon dienstlich _____

Mailadresse _____

Erziehungsberechtigte/r 2:

Name _____ Vorname _____

Anschrift und Kontaktdaten: **Wohnanschrift des Schülers**

Straße und Hausnummer _____

PLZ, Wohnort (mit genauer Angabe des Stadt- bzw. Ortsteils) _____

Telefon privat _____

Telefon mobil _____ Telefon dienstlich _____

Mailadresse _____

Angaben zum Gesundheitszustand:

Bei meinem Sohn liegen (chronische) Vorerkrankungen,
Allergien, Unverträglichkeiten oder Ähnliches vor. Ja Nein

Wenn Ja, welche. Bitte korrekte Diagnose bzw. genaue Angaben, ggfs. nach Rücksprache mit dem betreuenden Arzt/der betreuenden Ärztin ausfüllen.

Mein Sohn muss regelmäßig Medikamente einnehmen
und/oder regelmäßige Kontrollen (z.B. BZ, Blutdruck o.Ä.) durchführen. Ja Nein

Welche Medikamente _____

Welche Kontrollen _____

Etwaige Veränderungen/Aktualisierungen teile ich schriftlich mit.

Ort, Datum _____ Unterschrift eines Erziehungsberechtigten _____