

Medizin – Check

für OGS, ÜMI und Frühbetreuung

Stand: 01.08.2019

(Bitte ausfüllen, unterschreiben und im OGS-Büro abgeben!)

Name, Vorname des Kindes: _____

1. Mein/Unser Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen:

Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

2. Müssen die Medikamente auch während der Schulzeit (bis 16.00 Uhr) eingenommen werden?

Nein Ja

Wenn ja, wann? _____

3. Soll die Einnahme überwacht werden?

Nein Ja

Bemerkungen hierzu: _____

4. Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen?

Nein Ja

Wenn ja, welche Allergie(n) besteht/bestehen?

Mein/Unser Kind darf folgende Lebensmittel nicht essen bzw. trinken:

Bemerkungen zu besonderen Verhaltensmaßnahmen:

Datum

Unterschrift