



Name des Schülers / der Schülerin _____ Klasse/Stufe: _____

Die nachfolgenden Angaben sind wichtig, weil sie Auswirkungen auf Planung von Unterricht, Unterrichtsgängen, Kurs- und Klassenausflüge und anderen mehr haben. Wir wissen nicht, ob Ihr Kind gemäß Ihren Angaben an bestimmten Aktivitäten nicht teilnehmen kann, ob wir auf Grund der personellen, räumlichen und ausstattungsmaßiger Gegebenheiten im Ev. Schulzentrum die Verantwortung für einen Schulbesuch oder an der Teilnahme bestimmter Unterrichtssequenzen übernehmen können.

Hier sind nur längerfristige, ggf. dauerhafte Einschränkungen nachgefragt, die z.B. eine Medikamentengabe durch Lehrkräfte erfordern, das Vorhalten von Notfallmedizin erforderlich macht, bestimmte Aktivitäten einschränken usw.

Mein Kind hat **keinerlei gesundheitliche Einschränkungen**, die im Schulalltag berücksichtigt werden müssen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schule möchte ich über Folgendes in Kenntnis setzen:

Mein Kind hat folgende gesundheitliche Einschränkung:

Mein Kind darf grundsätzlich nach ärztlicher Verfügung **nie** an folgenden Aktivitäten teilnehmen/ Orte mit folgendem „Gefährdungspotential“ (z.B. Induktionsherde) aufsuchen.

(Bitte in Kopie ein ärztliches Attest beifügen)

Für mein Kind müssen für den Notfall folgende **Medikamente** in der Schule vorgehalten werden:

(Bitte auch Hinweise auf Aufbewahrung z.B. trocken, lichtgeschützt, Kühlschrank usw. angeben)

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit den Vertragsunterlagen im Sekretariat ab.

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten