

Fall Academy 2025

Fragebogen bezüglich Krankheiten und Allergien Ihres Kindes

Name/Vorname der Eltern:

Name/Vorname des Kindes:

Klasse:

Woche:

1. Ist Ihr Kind Vegetarier?

Nein

Ja

2. Hat Ihr Kind eine Regiofahrkarte o.ä.?

Nein

Ja

3. Leidet Ihr Kind an einer Krankheit/Allergie/Lebensmittelunverträglichkeit?

Nein

☐

Ja

☐

4. Wenn ja, an welcher Krankheit/Allergie/Unverträglichkeit/en:

5. Benötigt ihr Kind aus diesem Grund wichtige Medikamente, wenn ja, welche?

6. Verabreichung:

7. Gibt es etwas, das die Betreuer:innen der Academy bezüglich der Krankheit Ihres Kindes wissen sollten?

8. Falls Ihr Kind andere Schwierigkeiten haben sollte, die einer besonderen Aufmerksamkeit oder Zuwendung bedürfen, beschreiben Sie dies bitte, wenn möglich in kurzen Zügen.

Diese Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt und sollen den Lehrkräften helfen, adäquat auf Ihr Kind eingehen zu können.

Ort und Datum:

Unterschrift: