

Vor- und Zuname des Kindes:	
------------------------------------	--

Impfungen:	
FSME:	
TETANUS:	

Besondere Vermerke: (Essen, Allergien, Krankheiten, Medikamente, Operationen,...)	
Blutgruppe:	
Versicherungsnummer des Kindes:	
Vers.nr. d. Hauptversicherten:	

Mein Kind darf...	zutreffendes bitte ankreuzen	Ja	Nein
von der Sonderkindergartenpädagogin betreut werden			
fotografiert werden			
am Sehtest teilnehmen			
am Hörtest teilnehmen			
an der Aktion Apollonia 2020 teilnehmen (Zahngesundheitserziehung)			
bei einem Reaktorunfall Kaliumjodidtabletten einnehmen			

Bus!!!	zutreffendes bitte ankreuzen	X
Mein Kind	fährt nicht mit dem Bus	
	kommt mit dem Bus	
	fährt mit dem Bus nach Hause	

Vom Kindergarten auszufüllen!!!
Sehtest:
Hörtest:
Zahnarzt:

Ich erkläre mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben
Datum: _____
Unterschrift: _____