

# Gemeinschaftsschule Lauenburgische Seen

## Fragebogen zur Gesundheit Ihres Kindes

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Kl. \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

um für Ihr Kind die höchstmögliche Sicherheit für den Sportunterricht und den laufenden Schulbetrieb zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes zu beantworten. Die gegebenen Informationen werden vertraulich behandelt.

Es wurden folgende Krankheiten ärztlich festgestellt:  
(Entsprechendes bitte vollständig ausfüllen.)

1. Allergien: \_\_\_\_\_

2. Asthma: \_\_\_\_\_  
(Entsprechende Medikamente immer mitgeben)

3. andere Atemwegserkrankungen: \_\_\_\_\_

4. Herzerkrankungen: \_\_\_\_\_

5. Epilepsie: \_\_\_\_\_  
(Empfehlungsschreiben des Arztes beifügen)

6. Seh- und Hörbehinderungen: \_\_\_\_\_

7. andere stark beeinträchtigende Erkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls vorhanden, bitte die ärztlichen Empfehlungen bzgl. des Umganges mit der entsprechenden Erkrankung beifügen bzw. nachreichen.

In Notfällen bin ich/sind wir unter folgender/n Telefonnummer/n immer erreichbar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(Erziehungsberechtigte/r)