



Grundschule Am Annaberg

Städtische Gemeinschaftsgrundschule

Name des Kindes: _____

Betreuung:

- ☐ keine Betreuung
- ☐ oder offene Ganztagschule bis 16 Uhr (OGS)
- ☐ oder verllässlicher Halbttag bis 13:30

Mein Kind fährt mit dem Schulbus?

- ☐ Ja ☐ Nein

Sonstiges: (freiwillige Angaben)

Mein Kind darf Folgendes nicht essen/trinken:

- ☐ Nüsse ☐ Obst: _____
- ☐ Schweinefleisch ☐ Laktose ☐ Gluten
- ☐ Sonstiges: _____

Mein Kind reagiert allergisch auf:

- ☐ Insektenstiche ☐ Tierhaare: _____
- ☐ Heuschnupfen ☐ Pflaster
- ☐ Sonstiges: _____

Mein Kind nimmt regelmäßig Medikamente ein:

- ☐ Ja: _____
- ☐ Nein

Das sollten Sie noch über mein Kind wissen:

Datum, Unterschrift: _____