

kinder KOCHSPASS

Binger Str. 9, 14197 Berlin

Tel. 030 639 630 95

info@kinderkochspass.de

www.kinderkochspass.de

Erklärung – Allergien, Krankheiten, Medikamente –

Mein Kind _____

(Name)

(Geb. Datum)

hat Allergie auf: _____

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden müssen:

(Datum)

Angaben zur Person der gesetzlichen Vertreter/in des Kindes:

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Tel: _____

Handy: _____ (Kind)

Handy: _____ (Eltern)

Ort, Datum:

Unterschrift: