

Allergien meines / unseres Kindes: _____
(Nachname, Vorname)

Mein / unser Kind ist allergisch auf (bitte ankreuzen):

- Bienen- oder Wespenstiche
- Gräser / Pollen
- folgende Tierhaare: _____
- Sonstiges: _____

- Es sind bei meinem / unserem Kind keine Allergien bekannt.

Sonstiges Wichtiges (z.B. Krankheiten): _____

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten