



Weitere Informationen über das Kind

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____ **Bei wem ist das Kind versichert:** _____

Allergien: _____

Chronische Krankheiten: _____

Medikamenteneinnahme: _____

Angaben zur Familiensituation: _____

Sonstige Angaben die relevant für die OGTS sind:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten