



Bestätigung chronischer Krankheiten und/oder Allergien

Hiermit teile ich/ teilen wir Ihnen mit, dass unser Kind

Name: _____ geboren am _____

bitte betreffendes ankreuzen:

chronischen Schnupfen hat.

chronischen Husten hat.

unter Allergien leidet, die sich ähnlich einer Grippe äußern.

Wenn ja, wie zeigt es sich genau (z.B. Nase läuft, rote Augen)?

Datum, Unterschrift einer sorgeberechtigten Person