

Fragebogen für Allergiker

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und senden es **unterschrieben** per Email (inkl. Unterschrift einscannen) zusammen als pdf-Datei an **info@ilcielo.de**.

Name des Kindes _____

Vorname des Kindes _____

Straße, Ort _____

Ansprechpartner _____

Telefon _____ Email _____

Welche Einrichtung besucht Ihr Kind? _____

An folgenden Tagen

Mo	Di	Mi	Do	Fr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Allergie liegt vor? _____

Welche Nahrungsmittelunverträglichkeit liegt vor? _____

Liegt bei Ihrem Kind eine genetische Disposition vor? _____

Liegt ein ärztliches Attest vor? _____

Datum des Attestes: _____

Bitte kreuzen Sie den Grad der Lactose-Intoleranz an:
(bitte gegebenes ankreuzen)

Leicht
Mittel
Schwer

Im Interesse der Gesundheit Ihres Kindes müssen Änderungen umgehend und schriftlich erfolgen.

Gerne beraten wir Sie auch in einem persönlichen Gespräch: Tel. 08153 -90 99 78 0

Datum / Unterschrift des Erziehungsberechtigten