



ADOLF GLABBRENNER
GRUNDSCHULE
BERLIN KREUZBERG

Diakonie 
Diakonisches Werk
Berlin Stadtmitte e.V.

Datum:

KINDERBOGEN

Nachname, Vorname des Kindes

Geb.-Datum

Klasse

Adresse

Krankenkasse des Kindes

Versichert über

Gesundheitliche Besonderheiten (Allergien, körperliche Behinderungen, chronische Krankheiten)

Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r

Telefon

Email

Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r

Telefon

Email

Weitere Notfallkontakte:

Name Telefon

Name Telefon

Abholberechtigte Personen:

Name

Name

Name

Name

Kind darf alleine gehen:

Nein

Ja

(bitte Uhrzeit eintragen)