



# GANZTAGSGYMNASIUM OSTERBURKEN

Hemsbacher Straße 24  
74706 Osterburken

## Anlage 2

Aufnahme für das Schuljahr: \_\_\_\_\_

Name der Schülerin/des Schülers: \_\_\_\_\_

Festgestellte, für den Schulbereich bedeutsame Erkrankungen/Behinderungen:  
(ggf. ärztliche Bescheinigungen/Stellungnahmen/Verordnungen vorlegen)


Angaben zu notwendigen Maßnahmen (Medikamentierung o.ä.)


Berechtigte Personen zur Ergreifung o.a. Maßnahmen:


Name, Adresse, Telefonnummer des betreuenden Arztes:


Im Notfall alternativ zu den Erziehungsberechtigten zu benachrichtigen Personen:

Name, Vorname	Telefonnummer

Osterburken, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r