

Step Gästehäuser.Pinkafeld  
Verein zur Förderung der Schulen in Pinkafeld  
7423 Pinkafeld, Steinamangerstraße 2

**D A T E N B L A T T**  
(Bitte in Blockschrift ausfüllen!)

**SchülerIn:**

**Familienname:**.....**Vorname(n):**.....

**Geboren am:** ..... **in** ..... **Rel.Bek.**.....

**Letztbesuchte Schule:**..... **Klasse:**.....

**Eltern bzw. Erziehungsberechtigte:**

**Familienname:**.....**Vorname(n):**.....

**Geboren am:** ..... **Beruf:** .....

**Familienname:**.....**Vorname(n):**.....

**Geboren am:** ..... **Beruf:**.....

**Anschrift der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten:**

.....  
**Postleitzahl, Ort;** ..... **Straße, Nummer**

.....  
**Telefonnummer(n)**

**Die Schülerin/Der Schüler ist krankenversichert bei:** .....

.....  
**vierstellige SV-Nummer:** .....

**bitte wenden**

## F R A G E B O G E N

**1. Welche Impfungen darf die Schülerin/der Schüler nicht erhalten?**

.....  
.....

**2. Wurde die Schülerin/der Schüler gegen Tetanus geimpft?**

**0 ja**            **wann: .....**            **0 nein**

**3. Darf die Schülerin/der Schüler operiert werden, wenn Gefahr besteht und die Eltern/Erziehungsberechtigten nicht erreichbar sind?**

**0 ja**    **0 nein**

**4. Ist die Schülerin/der Schüler gegen bestimmte Dinge (Lebensmittel, Medikamente) allergisch?**

**0 nein**

**0 ja**

**welche:**

.....

**5. Hat die Schülerin/der Schüler in einem bestimmten Gegenstand Defizite oder Schwächen?**

**0 nein**

**0 ja**

**Gegenstand:.....**

**6. Welche Sportarten betreibt die Schülerin/der Schüler?**

.....  
.....

.....  
**Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. des volljährigen Schülers**