

## Schul- Obst / Gemüse

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Mein Kind hat folgende Allergien bzw. darf folgendes Obst / Gemüse nicht essen:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)