

Brüder-Grimm-Schule

ERKLÄRUNG

Hiermit bitte/n ich/wir _____ ,
(Vor- und Nachname)

wohnhaft _____
(vollständige Adresse)

die Brüder-Grimm-Schule, Waldstraße 101, 63263 Neu-Isenburg,

meinem Kind _____
(Vor- und Nachname)

im Notfall folgendes Medikament entsprechend der Bescheinigung des Arztes

(Name und Adresse des Arztes, Bescheinigung beifügen)

vom _____ zur Einnahme zu verabreichen:
(Datum)

(genaue Bezeichnung des Medikaments)

Das Medikament ist wie folgt einzunehmen:
(Regelmäßigkeit, Dosis, Uhrzeit, Einnahmевorschrift etc.)

Für die Richtigkeit der hier aufgeführten Medikation liegt die Verantwortung ausschließlich bei mir/uns.

Ich/wir stellen die Schule, die betroffenen Schulgesundheitsfachkraft von einer Haftung im Zusammenhang mit o.g. Notfallbehandlung frei.

Ich/wir verpflichte/n mich/uns, die erforderlichen Medikamente in ausreichen dem Umfang und ordnungsgemäßen Zustand (Haltbarkeitsdatum) zur Verfügung zu stellen.

Ort, Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten