

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