

Absender

---

---

---

Brüder-Grimm-Schule  
Waldstraße 101  
63263 Neu-Isenburg

### **Vollmacht – Notfallmedikation**

für: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir - die unterzeichnenden Sorgeberechtigten – die Schulgesundheitsfachkraft der Brüder-Grimm-Schule, die benötigten Notfallmedikamente zu verabreichen.

Die Verabreichung der Notfallmedikamente erfolgt in meinem/unserem Auftrag und in meiner/unserer Verantwortung.

Sollte sich im Laufe des Schuljahres etwas ändern, teile/n ich/wir dies umgehend der Schule mit.

Die Notfallmedikamente befinden sich: \_\_\_\_\_

Die Notfallmedikamente sind wie folgt zu verabreichen:

In welchem Fall?

---

---

Name des Medikaments: \_\_\_\_\_

In welcher Form? \_\_\_\_\_

Nebenwirkungen? \_\_\_\_\_

Was muss der Notarzt wissen?

---

---

Wer wird im Notfall informiert? (Vor- und Nachname, Telefonnummer)

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/eines/einer Sorgeberechtigten

Verteiler: Schülerakten-Stammblatt, Klassenleitung, Klassenteam