

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