

Einverständniserklärung – Medikamente

Name des Kindes

Geburtsdatum

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Hiermit bevollmächtige ich die Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter, meinem Kind die oben genannten Medikamente in der angegebenen Dosierung zu verabreichen. Auch ansonsten erlaube ich Ihnen, mein Kind bei besonders notwendigen Erfordernissen zu versorgen (wie z. B. das Auftragen von Kühsalbe (Fenistil etc.) bei Insektenstichen und Schmerzgel bei Prellungen).

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten