



Erlaubnis zur Verabreichung von verschreibungspflichtigen Medikamenten

(Vor- und Nachname des Kindes)

(Geburtsdatum)

Folgendes Medikament _____ muss folgendermaßen
eingenommen werden:

Uhrzeit: _____ Dosierung: _____

Bemerkung / Dauer der Einnahme: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes)

Ermächtigung der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir _____
(Name der/des Sorgeberechtigten)

das Personal der Sport-KiTa Filderstadt, meinem/ unserem

Kind _____ die o.g. Medikamente zu den
(Vor- und Nachname des Kindes)

angegebenen Zeiten zu verabreichen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)