



Berechtigung zur Verabreichung von Heilmitteln

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

das Personal des Sport-KiTa Filderstadt, meinem/unsere

Kind _____ homöopathische Mittel oder
(Vor- und Nachname des Kindes)

Salben wie folgt zu geben:

1. Heilmittel: _____ Uhrzeit _____

Die Anwendung soll in folgendem Falle vorgenommen werden:

2. Heilmittel: _____ Uhrzeit _____

Die Anwendung soll in folgendem Falle vorgenommen werden:

3. Heilmittel: _____ Uhrzeit _____

Die Anwendung soll in folgendem Falle vorgenommen werden:

(Ort und Datum)

(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)