



## **Berechtigung zur Verabreichung von Präparaten, die nicht verschreibungspflichtig sind**

Hiermit berechtere ich das Erzieherteam, homöopathische Mittel oder Salben meiner Tochter/meinem Sohn \_\_\_\_\_

(Name des Kindes)

wie folgt zu geben:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Sorgeberechtigten / der Eltern: \_\_\_\_\_