

Integrative Montessori-Schule Sasbach
Vollmacht der Eltern zur Medikation eines Schülers/einer Schülerin

Vollmacht zur Verabreichung eines Medikaments bei dem Schüler/ der Schülerin

(Name) _____

Am (Datum) _____ wurde bei meinem Sohn/ meine Tochter ein

(Diagnose/Erkrankung) _____ festgestellt.

Zur Behandlung dieser Erkrankung, muss er/ sie nach ärztlicher Verordnung

(Dosis) _____ des Medikaments

(Name des Medikaments) _____ einnehmen.

Das Medikament muss

(wie oft? wann?) _____ eingenommen werden.

Die Behandlung muss bis (letzter Tag) _____ fortgesetzt werden.

Hiermit bevollmächtige ich die Klassenlehrerin/ den Klassenlehrer

(Name) _____, oder eine von ihr/ihm beauftragte

Lehrkraft, meinem Kind jeweils um _____ Uhr folgende Dosis zu geben:

Darreichungsform: (Tabletten/Tropfen/Zäpfchen // Menge) _____.

Das genannte Medikament soll meinem Sohn/ meiner Tochter bis zum

(letzter Tag) _____ in der bezeichneten Dosis verabreicht werden.

Eine Kopie der ärztlichen Verordnung / des dazugehörigen Rezepts von

(Arzt/Praxis) _____, ist der Vollmacht beigefügt.

Ort/Datum

Erziehungsberechtigte/r

Zur Kenntnis genommen:

Klassenlehrer/in