

Grundschule Linz am Rhein

ERKLÄRUNG

Hiermit bitte

ich (Vor- und Zuname) _____ ,

wohnhaft (vollständige Adresse) _____

die Grundschule Linz am Rhein, Schulstr. 10, 53545 Linz/Rh.

meinem Kind (Name) _____

im Notfall folgendes Medikament entsprechend der Bescheinigung des

_____ (Name und Adresse des

Arztes, Bescheinigung beifügen) vom _____ (Datum) zur Einnahme zu

verabreichen (genaue Bezeichnung des Medikaments):

_____.

Das Medikament ist wie folgt einzunehmen (Regelmäßigkeit, Dosis, Uhrzeit, Einnahmевorschrift etc.):

_____.

Für die Richtigkeit der hier aufgeführten Medikation liegt die Verantwortung ausschließlich bei mir. Ich stelle die Schule, die betroffenen Lehrpersonen sowie das Land Rheinland-Pfalz von einer Haftung im Zusammenhang mit o.a. Notfallbehandlung frei. Ich verpflichte mich, die erforderlichen Medikamente in ausreichendem Umfang und ordnungsgemäßen Zustand (Haltbarkeitsdatum) zur Verfügung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten