

# 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