



Berechtigungserklärung zur Medikamentenvorgabe

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Muss während des Besuches der KiTa Schlumpfäland GmbH folgendes/s Medikament/e zu sich nehmen.

Medikament	Uhrzeit	Dosis

Durch meine/unsere Unterschrift/en bestätige/n ich/wir, dass die oben genannten Medikament/e ärztlich verordnet ist/sind und -nicht -unter die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes fällt.

Ich/wir stelle/n die KiTa Schlumpfäland GmbH, vertreten durch die KiTa Leitung und die jeweiligen Gruppenverantwortliche frei von jeglicher Verantwortung und Haftung. Dies gilt auch für den Fall, dass Personenschäden (auch Dritte) durch die Einnahme der aushändigten Medikamente entstehen sollten.

Datum: _____

Unterschrift der Mutter _____

Unterschrift des Vaters _____

Interne Vermerke _____

Eingangsdatum _____