

Medikamentenabgabe SEB Amriswil



Ermächtigung Medikamentenabgabe

Bitte durch die Erziehungsberechtigten ausfüllen lassen.

Hiermit weise ich (Name, Vorname)

an, meinem Kind (Name, Vorname)

folgende Medikamente

mit der Dosierung _____ zu
verabreichen.

Besonderheiten/Bemerkungen:

Die Schulergänzende Betreuung Amriswil übernimmt keinerlei Haftung von abgelaufenen Medikamenten. Abgelaufene oder nicht mehr benötigte Medikamente werden den Eltern zurückgegeben.

Ich übernehme die Verantwortung für mögliche Folgen meines Auftrages.

Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte: _____

Unterschrift Mitarbeiter/in: _____