

Erklärung der Eltern/des/der Sorgeberechtigten

Name der Schülerin / des Schülers

für die Medikamentengabe

Hiermit erkläre ich, dass meinem Kind in der Schule durch eine Lehrkraft oder Pädagogische Mitarbeiterin die durch den Arzt festgelegten Medikamente regelmäßig oder in der beschriebenen Situation verabreicht werden. Es ist mir bewusst, dass weder die Lehrkraft noch die Pädagogische Mitarbeiterin eine medizinische Ausbildung besitzen. Ich stelle hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung der oben genannten Medikamente die handelnde Lehrkraft oder Pädagogische Mitarbeiterin von jeglichen Haftungsansprüchen meinerseits oder meines Kindes frei.

für die Weitergabe der Information

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Informationen zur chronischen Erkrankung meines Kindes an folgende Personen weitergegeben werden dürfen:

- Klassenlehrer / Klassenlehrerin
- unterrichtende Lehrkräfte
- Sekretariat / Schulleitung
- Ersthelferinnen, Ersthelfer des Kollegiums
- Sanitätsdienst der Schule (Schülerinnen und Schüler der R9)
- Betreuungspersonen Ganztag und Mittagstisch

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Eltern/eines/einer Sorgeberechtigten