



LUKAS-Schule
 Freie Christliche Grundschule
 Bliessstraße 1, 67059 Ludwigshafen
 Tel. 0621-95342070
 Fax 0621-953420719

Sekretariat@LUKAS-Schule.com
 www.LUKAS-Schule.com

Datum: ____ . ____ . ____

Einverständniserklärung zur Medikamentenverabreichung

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass

unsere Tochter / unser Sohn _____
 Vorname Name

Das Medikament _____
 Genauere Bezeichnung

während des Schulbesuchs in folgender Dosierung und Verabreichungsform erhält:

- Wir ermächtigen nach Absprache mit unserem Arzt die Klassenlehrerin _____ in Nottfällen zur Verabreichung des Medikamentes (ärztliche Verordnung liegt bei).
- Unser Kind darf das Medikament unter Aufsicht der Lehrerin in der beschriebenen Dosierung selbst einnehmen.

 Unterschrift der Eltern