

Absender

Berufsbildende Schulen III Stade
Glückstädter Str. 17
21682 Stade

Vollmacht - Notfallmedikation für:

Klasse:

Hiermit bevollmächtigen wir, die unterzeichnenden Sorgeberechtigten, die Lehrkräfte der Berufsbildenden Schulen III Stade die benötigten Notfallmedikamente zu verabreichen.

Die Verabreichung der Notfallmedikamente erfolgt in unserem Auftrag und in unserer Verantwortung.

Sollte sich im Laufe des Schuljahres etwas ändern, teilen wir dies umgehend der Schule mit.

Die Notfallmedikamente befinden sich:

Die Notfallmedikamente sind wie folgt zu verabreichen:

In welchem Fall? _____

Name des Medikaments: _____

In welcher Form? _____

Nebenwirkungen? _____

Was muss der Notarzt wissen? _____

Wer wird im Notfall informiert? (Tel.nr.) _____

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Verteiler: Schülerakten-Stammblatt, Klassenleitung, Klassenteam