



NAME des Schülers	Beeinträchtigung	Vorgehensweise bei Auftreten	Medikament/Anwendung

Ich/Wir stimme/n zu, dass das o.g. Medikament von der Schule bei auftretenden Problemen verabreicht werden darf.

Bei meinem/ unserem Kind liegt keine gesundheitliche Beeinträchtigung vor.  
 Ich/Wir habe/n von diesem Schreiben Kenntnis genommen.

**Aufgrund der sicherheitsrechtlichen Vorschriften sind wir gezwungen, Sie um Ihr Einverständnis zu bitten, bei Ihrem Kind - falls notwendig - Pflaster verwenden zu dürfen.**

Bei meinem/ unserem Kind darf bei Bedarf Pflaster verwendet werden.

Bei meinem/ unserem Kind darf bei Bedarf kein Pflaster verwendet werden.

---

Datum/Unterschrift eines Erziehungsberechtigten