

## Erklärung der Eltern/des/der Sorgeberechtigten

---

Name der Schülerin / des Schülers

### für die Medikamentengabe

Hiermit erkläre ich, dass meinem Kind in der Schule durch Lehrkräfte oder pädagogische Mitarbeiter die durch den Arzt festgelegten Medikamente, regelmäßig oder in der beschriebenen Situation, verabreicht werden. Es ist mir bewusst, dass weder Lehrkräfte noch pädagogische Mitarbeiter eine medizinische Ausbildung besitzen. Ich stelle hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung der oben genannten Medikamente die handelnden Lehrkräfte oder pädagogischen Mitarbeiter 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  
unterrichtende Fachlehrer, pädagogische Mitarbeiter  
Schulleitung / Sekretariat  
Ersthelferinnen, Ersthelfer des Kollegiums  
Sanitätsdienst der Schule (Schülerinnen und Schüler)  
Betreuungspersonen in Ganztage und Mittagstisch
- Klassenkameraden

Das Notfallmedikament wird im Schulranzen und in der Sporttasche deponiert.  
Die Eltern tauschen abgelaufene Medikamente bitte selbst aus!

.....  
Ort, Datum

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