

Hort Burkhardtsdorf, Turnstraße 10 a, 09325 Burkhardtsdorf

Krankheiten/ Besonderheiten/ Medikamente

Hiermit erkläre/n ich/wir _____
Name des/der Sorgeberechtigten

dass mein/unser Kind _____
Name des Kindes geboren am

Unter folgender Krankheit/ Besonderheit/ Allergie leidet: (genaue Angaben!)

Ich/ wir ermächtige/n das Hort Personal folgende Maßnahmen durchzuführen:

Medikamentengabe nötig: () ja () nein

Bei einer Medikation ist eine Bescheinigung des Arztes notwendig! Bitte im Original mit genauer Bezeichnung und Dosierung ausfüllen!

Medikament	Dosierung und Verabreichung	Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten