



SCHÜLERHORT
Drachenburg

Schülerhort Drachenburg

Leuenpark 1
CH-4702 Oensingen
Telefon: +41 62 396 01 22
E-Mail: info@kita-drachenburg.ch
www.kita-drachenburg.ch

Vollmacht zur Verabreichung von Medikamenten

Name des Kindes

Vorname

Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Medikament 1

| | | |
|----------------------|--|--|
| Name des Medikaments | | |
| Dosierung | | |
| Uhrzeit | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Medikament 2

| | | |
|----------------------|--|--|
| Name des Medikaments | | |
| Dosierung | | |
| Uhrzeit | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Medikament 3

| | | |
|----------------------|--|--|
| Name des Medikaments | | |
| Dosierung | | |
| Uhrzeit | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Medikament 4

| | | |
|----------------------|--|--|
| Name des Medikaments | | |
| Dosierung | | |
| Uhrzeit | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtigen wir: _____
Name der Eltern / Sorgeberechtigten

den/die Erzieher/-in _____ der Kindertagesstätte,
Name des/der Erzieher/-in

meinem/unsere(m) Kind _____ die o.g. Medikamente
Name des Kindes

zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten