

# Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige /n ich / wir \_\_\_\_\_

( Name der Eltern / Sorgeberechtigten )

1. den / die Erzieher / -in \_\_\_\_\_

2. den / die Erzieher / -in \_\_\_\_\_

3. den / die Erzieher / -in \_\_\_\_\_

der Kindertagesstätte Sonnenschein, Eisenweg 15,57572 Niederfischbach,

meinem / unserem Kind \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

( Name des Kindes )

Die unten genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern / des Sorgeberechtigtem

|                                   | Name des Medikaments   | Name des Medikaments   |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------|
| Morgens                           | Uhrzeit:<br>Dosierung: | Uhrzeit:<br>Dosierung: |
| Mittags                           | Uhrzeit:<br>Dosierung: | Uhrzeit:<br>Dosierung: |
| Nachmittags                       | Uhrzeit:<br>Dosierung: | Uhrzeit:<br>Dosierung: |
| Bemerkung / Dauer<br>der Einnahme |                        |                        |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes / der Ärztin