

# Einverständniserklärung - Medikamente

KINDERFEUERWEHR der Freiwilligen Feuerwehr Burglauer



Unser Kind:

\_\_\_\_\_  
VORNAME

\_\_\_\_\_  
NACHNAME

GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich die Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter, meinem Kind die oben genannten Medikamente in der angegebenen Dosierung zu verabreichen. Auch ansonsten erlaube ich diesen, mein Kind bei besonderen notwendigen Erfordernissen zu versorgen, wie z.B. das Auftragen von Kühlsalbe (Fenistil etc.) bei Insektenstichen und Schmerzgel bei Prellungen.

Die Einverständniserklärung ist unterschrieben an folgende E-Mail zu schicken: [feuerwehr@burglauer.de](mailto:feuerwehr@burglauer.de)

\_\_\_\_\_  
ORT, DATUM

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

