



**Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten**

Hiermit ermächtige/n ich/wir \_\_\_\_\_  
Name der Eltern / Sorgeberechtigten

die pädagogischen Fachkräfte der Kindertagesstätte Sonnenschein, Eisenweg 15, 57572

Niederfischbach dazu, meinem/ unserem Kind \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ 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: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Nachmittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkung/ Dauer der Einnahme		

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

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