

Medikamentenzettel

Für die Freizeit der Gemeinde Brensbach 21.-26.07.2025

Name des Kindes: _____ Geb.Datum: _____

Krankenkasse: _____

Mein Kind hat folgende Allergien/Krankheiten: ☐ keine

Mein Kind muss diese Medikamente nehmen: ☐ keine

Dosierungen:

Besondere Aufbewahrung der Medikamente:

Die Medikamente mit Dosieranweisung vom Arzt und diesem Zettel werden vor Ort an Torsten Hormel oder Robin Hormel übergeben.

Hiermit bevollmächtige ich die Betreuungspersonen der Freizeit der Gemeinde Brensbach, meinem Kind die genannten Medikamente zu verabreichen!

Ort und Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten