

Kinderferienbetreuung

Vollmacht Medikamentengabe

Hiermit bevollmächtigen wir:

Personenberechtigte 1

Personenberechtigte 2

Vorname: _____

Nachname: _____

wohnhaft: _____

Telefon: _____

als Personensorgeberechtigte des Kindes:

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum / -ort: _____

die Betreuungspersonen der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung e.V. (KAS) während der Ferienbetreuung, dem Kind die gem. ärztlicher Anordnung zugewiesene Dauermedikation zu verabreichen.

Dauermedikation: _____

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Ort, Datum