

## 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 (KAS e.V.) während der Ferienbetreuung, dem Kind die gem. ärztlicher Anordnung zugeteilte Dauermedikation zu verabreichen.**

Dauermedikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Ort, Datum