

Kinderferienbetreuung Vollmacht Medikamentengabe

Bitte beachten Sie, dass bei verschreibungspflichtigen Medikamenten eine zusätzliche schriftliche Anweisung des Arztes eingereicht werden muss.

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

Dauermedikation: _____

Unterschrift Personensorgeberechtigte 1

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte 2