|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache  (Förderschule) |  | 76761 Rülzheim  Schulstraße 16  Tel: 07272/6413  Fax:07272/919050  [info@sfs-ruelzheim.de](mailto:info@sfs-ruelzheim.de)  www.sfs-ruelzheim.de |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache, Schulstraße 16, 76761 Rülzheim | |  |

**Ärztliche Verordnung – Medikamente / Schule**

Name des Kindes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geboren am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medikament | Uhrzeit | Dosierung |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Unterschrift Arzt / Stempel / Datum**

**x**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten**

Wir sind damit einverstanden, dass unserem Sohn / unserer Tochter, gemäß der ärztlichen Verordnung, Medikamente während der Schulzeit verabreicht werden.

**Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte / Datum**

**x**

Diese Verordnung betrifft nur Medikamente, die während der Schulzeit gegeben werden.

Ohne diese ärztliche Verordnung darf die o.g. Tätigkeit nicht durchgeführt werden.