

Telefon: 061'599'69'81

Medikamentenabgabe im Rambazamba

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

	Name des Medikamentes	Uhrzeit	Dosierung
Morgens			
Mittag			
Zvieri			

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes
(Nur auszufüllen falls vom Arzt verordnet)

Ermächtigung der Eltern / Sorgeberechtigten

Hiermit Ermächtigen wir, _____ (Name der Eltern),

die Erzieher/innen des Tagesheims Rambazamba,

meinem Kind _____ (Name des Kindes)

die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten
