



Medikamentenblatt

- Hiermit bestätige ich, dass mein Kind keine Medikamente benötigt.
- Hiermit bestätige ich, dass mein Kind aufgrund ärztlicher Verordnung Medikamente benötigt. Mein Kind bekommt morgens vor der Schule oder abends nach der Schule folgendes Medikament:

Medikament	Dosierung	Verabreichung wann	Verabreichung wie

- Hiermit bestätige ich, dass mein Kind aufgrund ärztlicher Verordnung Medikamente benötigt. Ich gebe dem Team der ETS Ebikon den Auftrag, während der Schulzeit meinem Kind die Medikamente wie folgt zu verabreichen:

Medikament	Dosierung	Verabreichung wann	Verabreichung wie

Name des Erziehungsverantwortlichen:

Name des Kindes:

Geburtstagdatum:

Ort, Datum:

Unterschrift des Erziehungsverantwortlichen: