

Ärztliche Bescheinigung

An die
Bilsbek-Schule
Prisdorfer Str. 72
25495 Kummerfeld

An den
Schulverein Bilsbek e.V.
Prisdorfer Str. 72
25495 Kummerfeld

Bei

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

besteht eine Allergie / bestehen Allergien gegen:

besteht eine Intoleranz / bestehen Intoleranzen gegen:

Es ist - lebensnotwendig - erforderlich, dass das oben genannte Kind im Falle der nachstehend genannten Indikation(en) die jeweils angegebene Medikation in der jeweils angegebenen Dosierung von den Mitarbeitern der Bilsbek-Schule oder des Schulvereins Bilsbek e.V. verabreicht bekommt:

Indikation: _____

Medikation: _____

Dosierung: _____

Indikation: _____

Medikation: _____

Dosierung: _____

(Ort, Datum, Stempel des Arztes, Unterschrift des Arztes)

Ich/Wir stimme/-n dem Inhalt der vorstehenden Ärztlichen Bescheinigung vollen Umfanges zu und ich/wir verpflichte/-n mich/uns, der Bilsbek-Schule und dem Schulverein Bilsbek e.V. unverzüglich schriftlich anzuzeigen, wenn die vorstehende Ärztliche Bescheinigung keine Gültigkeit mehr hat.

(Ort, Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)