

Einnahmeplan für Medikamente während der Ferienfreizeit des SV DJK Sommerach

Veranstaltung:	Ferienfreizeit Münchsteinach 2025				
Nachname des Teilnehmers:		Vorname des Teilnehmers:		Geburtsstag des Teilnehmers:	

Ich habe die folgenden Medikamente in der Originalverpackung mit Beipackzettel in ausreichender Menge dem/der verantwortlichen Ersthelfer*in übergeben. Ich versichere, dass ich meinem Kind keine weiteren Medikamente mitgegeben habe.

Nr.	Name des Medikaments	Morgens Zeitpunkt / Dosierung	Mittags Zeitpunkt / Dosierung	Abends Zeitpunkt / Dosierung	Bemerkungen zu Lagerung / Einnahme
1					
2					
3					
4					

Hiermit ermächtige/n ich/wir	Name der Eltern / Sorgeberechtigten / Erziehungsberechtigten
------------------------------	--

den Veranstalter SV DJK Sommerach und deren Betreuer*innen

meinem/unserem Kind	Name des Teilnehmers
---------------------	----------------------

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

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten / Erziehungsberechtigten
------------	--