

Einverständniserklärung

zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an der NMS Gaspoltshofen

NAME der Schülerin / des Schülers: _____

Geburtsdatum: _____

NAME der / des Erziehungsberechtigten: _____

JA, ich erteile die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch das Gesundheitsministerium – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten beziehungsweise Gegenanzeigen gegen die Einnahme bekannt sind.

NEIN, ich erteile keine Einwilligung.

(Datum)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Bestätigung

Aufenthalt im Schulgebäude

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass meiner Tochter / meinem Sohn / meinem Pflegekind

(Name des Kindes)

gestattet wird, sich vor und nach der geschlossenen Unterrichtszeit und in der Mittagspause (zwischen Vormittags- und Nachmittagsunterricht) im Schulgebäude aufzuhalten. **In dieser Zeit ist KEINE AUFSICHT eingerichtet** und meine Tochter / mein Sohn / mein Pflegekind **hält sich auf meine Haftung und Gefahr** in der NMS Gaspoltshofen auf!

_____,
(Ort)

(Datum)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Einverständniserklärung und Bestätigung gelten für die gesamte Schulzeit an der NMS Gaspoltshofen!