

## **Ermächtigung der Eltern oder der/des Personensorgeberechtigten**

Hiermit ermächtige/-n ich / wir

---

*Name der Eltern / Personensorgeberechtigten*

die Kindertageseinrichtung

---

*Name der Kindertageseinrichtung*

unserem Kind

---

*Name des Kindes*

die von dem Arzt/der Ärztin im Dokumentationsformular zur Verabreichung von Medikamenten in der KITA vom \_\_\_\_\_ angegebenen Medikamente in der vorgeschriebenen Dosierung zu der angegebenen Zeit für die vorgeschriebene Behandlungsdauer zu verabreichen.

---

*Ort, Datum Unterschrift der Personensorgeberechtigten*