



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ÜBER DIE VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN



Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum:

Name des Medikaments:

Welcher Notfall muss eintreffen, damit dieses Medikament verabreicht werden darf?

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind, das am _____ geboren ist, das
Medikament _____ in der Notfallsituation _____
von Betreuungspersonen der Romwallfahrt 2024 erhalten darf.



**Bitte vor der Romwallfahrt der*dem Gruppenleiter*in
mitteilen, wie das Medikament einzunehmen ist und wo es
aufbewahrt wird (z.B.: Rucksack, Innentasche)**



Ort, Datum

Unterschrift des*der
Erziehungsberechtigten





EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES/DER OBSORGEBERECHTIGTEN AUTORIZZAZIONE DEL TUTORE/DELLA TUTRICE



Ich, der gesetzliche Vertreter / Io, il rappresentante legale

Name / Nome e cognome _____

Geburtsdatum / Data di nascita _____

Adresse / Indirizzo _____

Telefonnummer / Numero di telefono _____

Nummer Reisepass; Personalausweis / Passaporto o carta d'identità numero _____

erlaube meinem minderjährigen Kind (bis 18 Jahre) / permetto che mio figlio minore (minore di anni 18)

Name / Nome e cognome _____

Geburtsdatum / Data di nascita _____

Nummer Reisepass; Personalausweis / Passaporto o carta d'identità numero _____

zum Zwecke (z.B. Urlaub) / possa, al fine di (p. es. vacanza) _____

alleine bzw. in Begleitung von / da solo e/o accompagnato da

Herrn/Frau / Sig./Sig.ra _____

Geburtsdatum / Data di nascita _____

Nummer Reisepass; Personalausweis / Passaporto o carta d'identità numero _____

von / viaggiare _____ da nach / a _____

(via / via) _____ und retour zu reisen / e ritorno.

Diese Vollmacht gilt für den Zeitraum / Quest' autorizzazione vale per il periodo

von / dal _____ bis / al _____

Unterschrift des/der Obsorgeberechtigten / Firma del tutore/della tutrice

