

Liebe Eltern,

Sie haben angegeben, dass bei Ihrem Kind eine Intoleranz/Allergie vorliegt.
Bitte lassen Sie dazu diese ärztliche Bescheinigung ausfüllen. Vielen Dank!



Ärztliche Bescheinigung / Attest

An die Peter-Lunding-Schule

Schulstr. 21

25474 Hasloh

Bei

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

besteht eine Allergie / eine Intoleranz 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 Peter-Lunding-Schule verabreicht bekommt.

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 Peter-Lunding-Schule unverzüglich schriftlich anzuzeigen, wenn die vorstehende ärztliche Bescheinigung keine Gültigkeit mehr hat.

(Ort, Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)