

Haftungsausschlusserklärung



Schule

Straße

PLZ, Ort

Frau/ Herr _____ wurde am _____
(Lehrerin) (Datum)

Von _____
(Erziehungsberechtigte/ ggf. Arzt)

In die Behandlung von _____
(Kind)

eingewiesen und übernimmt die notwendigen Maßnahmen zur Behandlung des
anaphylaktischen Notfalls mit

(Medikamente)

Vertretungen: _____

(Lehrerin)

**Eine Haftung für diese Maßnahmen wird von der Schule und von dem/ der MitarbeiterIn
nicht übernommen**

Bitte beachten _____

Datum Lehrer /Schulleitung

Erziehungsberechtigte/ ggf. Arzt