

# Einverständniserklärung

---

## zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an der MS 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 MS Gaspoltshofen auf!

\_\_\_\_\_,  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

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