



Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung  
in der Bundesrepublik Deutschland e.V.

## Kinderferienbetreuung Vollmacht Medikamentengabe

Hiermit bevollmächtigen wir:

Personenberechtigte 1

Personenberechtigte 2

Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**als Personensorgeberechtigte des Kindes:**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / -ort: \_\_\_\_\_

**die Betreuungspersonen der Evangelischen Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung e.V. (EAS) während der Ferienbetreuung, dem Kind die gem. ärztlicher Anordnung zugeteilte Dauermedikation zu verabreichen.**

Dauermedikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Personensorgeberechtigte 1

Unterschrift Personensorgeberechtigte 2

Ort, Datum