|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| amt der steiermärkischen Landesregierung | | | | |  | |
| Abteilung 6 Bildung und Gesellschaft | | | | | **🡺** **Fachabteilung Gesellschaft**    **Jugendsporthaus Schladming**  BearbeiterIn: Verena Drosg Tel.: +43 3687 23272 0 Fax: +43 3687 23272 31 E-Mail: jshschla@stmk.gv.at  Bei Antwortschreiben bitte Geschäftszeichen (GZ) anführen | |
| GZ: |  |  |  | | Schladming, am 25. August 2024 | | |
| Ggst.: | **ZustimZustimmung zur Verabreichung von Medikamenten** | | | |

Als Erziehungsberechtigte\*r von ……………………………………………………………………………………... erteile ich hiermit den Sozialpädagog\*innen des Jugendsporthauses meine Zustimmung, bei Bedarf rezeptfreie Medikamente, die in der Apotheke erhältlich sind, zu verabreichen.

**Liste möglicher Medikamente:**

* Schmerz- und Fiebermittel (z.B. Paracetamol, Ibuprofen)
* Erkältungs- und Grippemittel bei leichten Beschwerden oder als Erstversorgung (z.B. Halsschmerztabletten)
* Andere rezeptfreie Medikamente, die für die Erste Hilfe notwendig sind.
* Des Weiteren verwenden wir naturreine Ätherische Öle und Mischungen zur Unterstützung bei leichten Erkältungen, Lernschwierigkeiten, Heimweh usw.

**Zusätzliche Anweisungen oder Einschränkungen:**

……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Allergien und Unverträglichkeiten:**

Bitte geben Sie alle bekannten Allergien oder Unverträglichkeiten Ihres Kindes an:

……………………………………………………………………………………………………………………………….

Ich bestätige, dass ich über mögliche Nebenwirkungen der angegebenen Medikamente informiert bin und dem Personal des Jugendsporthauses vertraue, Entscheidungen über deren Notwendigkeit zu treffen.

Sollte Ihr Kind spezielle Medikamente benötigen, bitten wir Sie, diese selbst zu besorgen.

Datum: …………………………………………

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: ………………………………………………………………………..