



Freundeskreis der August-Becker- Schule e.V.

Pestalozzistr. 4, 67435 Neustadt/W.

Foerderverein-ABS@web.de

Telefon Betreuung: 01 59 / 06 61 46 96

Einverständniserklärung bei Verletzung, Unfall oder Insektenstichen

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass das Betreuungspersonal
unserer Tochter / unserem Sohn

.....
Name, Vorname

im Falle einer Verletzung, eines Unfalls oder bei Insektenstichen als Erstversorgung

- Wunden reinigt (mit Verwendung von Octenisept oder vergleichbar)
- Wunden verbindet
- Insektenstiche kühlt
- Insektenstiche behandelt (Fenistil etc.)

Die ärztliche Nachsorge liegt im Ermessen der Eltern.

Allergien liegen vor gegen:

Medikamente:

Insektenstiche:

Nahrungsmittel:

Einverständniserklärung zur Untersuchung bei Verdacht auf Kopfläuse

Des Weiteren wäre es von Vorteil, wenn unsere Betreuerinnen Ihre Kinder auf Kopfläuse untersuchen dürften, wenn in der Schule Läusebefall gemeldet wurde.

Bitte keine Panik. Momentan ist kein Fall bekannt. Es handelt sich nur um eine Vorsichtsmaßnahme für den Fall der Fälle.

Falls man bei Ihrem Kind Kopfläuse feststellen sollte, werden wir Sie umgehend davon in Kenntnis setzen. Ihr Kind muss dann sofort abgeholt und behandelt werden.

Ihr Kind kann erst dann wieder in die Betreuung wenn der Kinderarzt bestätigt, dass das Kind frei von Läusen UND Nissen ist.

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind im Fall des Verdachts auf Kopfläuse von den Betreuerinnen auf einen eventuellen Befall untersucht werden darf.

Sollten bei meinem Kind Kopfläuse festgestellt werden, werde ich für eine sofortige Abholung sorgen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift:

Name eines Erziehungsberechtigten