

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ABGABE VON
KALIUMJODIDTABLETTEN AN DER SCHULE**

Name des Schülers / der Schülerin:

.....

Geburtsdatum:

.....

Name des / der Erziehungsberechtigten:

.....

- JA**, ich erteile die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten beziehungsweise Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind. (siehe Anführungen im Merkblatt für Eltern)

- NEIN**, ich erteile die Einwilligung nicht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift