

Sollen Medikamente in der Schule aufbewahrt werden? Ja/Yes () Nein/No ()

Will any of the medication be held at school?

Wo sollen die Medikamente aufbewahrt werden?

Where will the medication be stored?

Krankenzimmer/*Sick Room* () und oder/ *and or* Klassenzimmer/*Class Room* ()

und oder / *and or* Schultasche/ *School bag* ()

Bitte stellen Sie die benötigten Medikamente, beschriftet mit dem Namen des Kindes, der Dosierung der Medikamente und der Häufigkeit der Gabe bereit. (Abgabe an Rezeption im Douglas House/ *Leave at reception in Douglas House*)

Please supply medicine to school always clearly labelled with child's name, medical dosage and frequency of use.

.....
Datum/ *Date*

.....
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten/
Signature parent/ guardian

Ich, der/die Unterzeichner/-in, erkläre hiermit, dass die oben gemachten Angaben zum Zeitpunkt der Unterschrift nach bestem Wissen korrekt sind. Ich bestätige, dass ich der Deutschen Schule London Änderungen umgehend mitteilen werde. Im Falle einer medizinischen Notlage, in der Erste Hilfe oder eine Einlieferung ins Krankenhaus erforderlich sein sollte und keine der von mir angegebenen Personen unter den angegebenen Kontaktdaten erreicht werden können, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Schulleitung oder ein/e von ihr bestimmte/r Mitarbeiter/-in die erforderlichen Maßnahmen einschließlich ggf. erforderlicher medizinischer Zustimmungen für die Sicherheit und Gesundheit des/der Schülers/-in ergreift. Ich wurde informiert, dass dies nur im Notfall erfolgen wird und dass mitgeteilte religiöse oder ethische Überzeugungen berücksichtigt werden.

Ich stimme explizit zu, dass die medizinischen Informationen meines Kindes gespeichert und innerhalb der Schule in Lehrerzimmern und Sekretariaten bereitgehalten werden, so dass im Notfall umgehend entsprechende Massnahmen ergriffen werden können. Diese Einverständnis kann jederzeit in Schriftform widerrufen werden.

The above information is, to the best of my knowledge, accurate at the time of writing and I give consent to school/ staff administering medicine in accordance with the school administering medicine policy. I will inform the school immediately, in writing, if there is any change in the medical conditions of the child and/or if dosage or frequency of the medication changes or stopped. In case my child is taken to hospital or any emergency and I or any of the contacts could not be reached, I acknowledge that staff of the school or hospital will take the best decision for the Health and Safety of my child. Known religious routines/specifics will be considered.

I give specifically permission for my child's medical information to be stored and shared across the different departments and stages of the school, and to be made available in staff and secretarial areas of the school so that it is swiftly available in case of an emergency. You may withdraw your consent at any time by contacting the school in writing.

.....
Datum/ *Date*

.....
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten/
Signature parent/ guardian