

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

**ZUR ABGABE VON KALIUMJODIDTABLETTEN AN DER SCHULE**

Name der Schülerin/des Schülers .....

Geburtsdatum .....

Name der/des Erziehungsberechtigten .....

- Ja, ich erteile die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen.
- Nein, ich erteile die Einwilligung nicht.

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift)