

**Schüler/Schülerin** ……………………………………………………………………… Klasse ………

Name der/des **Erziehungsberechtigten**:

…………………………………………………………………………………………….

**Mein Kind soll bei Strahlenalarm** **und ausreichender Vorwarnzeit** (Zutreffendes ankreuzen)

* nach **Hause** entlassen werden
* unter Aufsicht in der **Schule** bleiben, bis es von mir oder einer Vertrauensperson abgeholt wird.
* selbst entscheiden, ob es in der Schule bleibt oder nach Hause geht. Mein Kind geht in die Oberstufe und ist **eigenberechtigt**.

**Kaliumjodidtabletten** (Zutreffendes ankreuzen)

 **JA**  , ich erteile die **Einwilligung**, meinem Kind nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden

 Kaliumjodidtabletten zu verabreichen, und bestätige, dass mir keine Unverträglichkeiten und

 Gegenanzeigen bekannt sind.

 **NEIN**  , ich erteile die Einwilligung **nicht**.

Detaillierte Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Downloads und auf der Seite des Gesundheitsministeriums: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Strahlenschutz/Kaliumiodid\_Tabletten\_bei\_

schweren\_Reaktorunfaellen

Datum………………… ……………………………………………………

 Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten



**Schüler/Schülerin** ……………………………………………………………………… Klasse ………

Name der/des **Erziehungsberechtigten**:

…………………………………………………………………………………………….

**Mein Kind soll bei Strahlenalarm** **und ausreichender Vorwarnzeit** (Zutreffendes ankreuzen)

* nach **Hause** entlassen werden
* unter Aufsicht in der **Schule** bleiben, bis es von mir oder einer Vertrauensperson abgeholt wird.
* selbst entscheiden, ob es in der Schule bleibt oder nach Hause geht. Mein Kind geht in die Oberstufe und ist **eigenberechtigt**.

**Kaliumjodidtabletten** (Zutreffendes ankreuzen)

 **JA**  , ich erteile die **Einwilligung**, meinem Kind nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden

 Kaliumjodidtabletten zu verabreichen, und bestätige, dass mir keine Unverträglichkeiten und

 Gegenanzeigen bekannt sind.

 **NEIN**  , ich erteile die Einwilligung **nicht**.

Detaillierte Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Downloads und auf der Seite des Gesundheitsministeriums: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Strahlenschutz/Kaliumiodid\_Tabletten\_bei\_

schweren\_Reaktorunfaellen

Datum………………… ……………………………………………………

 Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten