## Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertretung zur Medikation an der LVR-Förderschule

LVR-Viktor-Frankl-Schule, Kalverbenden 89, 52066 Aachen Name der Schülerin/ des Schülers: Geburtsdatum: Adresse: Hiermit erkläre/n ich mich/ wir uns einverstanden, dass das Personal der o.g. LVR-Förderschule bei meinem Kind die Medikation entsprechend der vorgelegten ärztlichen Bescheinigung vornimmt. Die Medikamente gebe ich in ihrer Originalverpackung mit zur Schule. Bei gesundheitlichen Auffälligkeiten oder in Notfällen bin ich umgehend zu informieren. Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Datum Name Unterschrift

Name

Datum

Unterschrift