

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

Datum

Name

Unterschrift