
**Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertretung
zur eigenständigen Medikamenteneinnahme durch die Schülerin
bzw. den Schüler 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 mein/unser o.g. Kind die Medikation eigenständig entsprechend der vorgelegten ärztlichen Bescheinigung einnimmt.

Die Medikamente gebe ich in der Originalverpackung mit zur Schule.

Bei gesundheitlichen Auffälligkeiten oder in Notfällen bin ich umgehend zu informieren.

Name: _____ **Telefonnummer:** _____

Name: _____ **Telefonnummer:** _____

Wir benötigen die Unterschriften **aller** Sorgeberechtigten!

Datum

Name

Unterschrift

Datum

Name

Unterschrift

