



**Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertretung
zur eigenständigen Medikamenteneinnahme durch die Schülerin
bzw. den Schüler an der LVR-Christophorusschule**

Name der Schülerin/
des Schülers:

Geburtsdatum:

Adresse:

Hiermit erkläre/n ich mich/ wir uns einverstanden, dass mein/unser o.g. Kind die Medikation entsprechend der vorgelegten ärztlichen Bescheinigung eigenständig und unter Aufsicht der Personals der LVR-Christophorusschule einnimmt.

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

Name: _____ **Telefonnummer:** _____

Name: _____ **Telefonnummer:** _____

Datum

Name

Unterschrift

Datum

Name

Unterschrift