



---

## **Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertretung zur Medikation an der LVR-Christophorusschule**

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.

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

**Name:** \_\_\_\_\_ **Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Unterschrift