Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertretung zur Medikation an der LVR-Förderschule

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