

**Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertretung
zur Medikation an der**

LVR-Irena-Sendler-Schule

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