

---

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

---

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-Förderschule \_\_\_\_\_ einnimmt.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift