
Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertretung zur Medikation an der LVR-Förderschule Belvedere

Förderschwerpunkt Körperliche und motorische Entwicklung
Belvederestraße 149 · 50933 Köln

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