



**Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertretung
zur eigenständigen Medikamenteneinnahme durch die Schülerin bzw.
den Schüler 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 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