

---

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

**LVR-Viktor-Frankl-Schule, Kalverbenden 89, 52066 Aachen**

Name der Schülerin/  
des Schülers:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

Hiermit erkläre/n ich mich/ wir uns einverstanden, dass mein/unser o.g. Kind die Medikation eigenständig entsprechend der vorgelegten ärztlichen Bescheinigung einnimmt.

**Die Medikamente gebe ich in der Originalverpackung mit zur Schule.**

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

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

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

Wir benötigen die Unterschriften **aller** Sorgeberechtigten!

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

