



Stedelijke Basisschool Guido Gezelle

G. Gezellestraat 20

8790 Waregem

ATTEST VOOR TOEDIENING VAN MEDICIJNEN OP SCHOOL

Naam leerling:.....
Klas:.....
School:.....
Naam van de ouders.....
Telefoon ouders:.....

Naam arts.....
Telefoonnummer arts.....

Naam van het medicijn.....
Vorm (pilletje/ siroop/ spuitje.....)
Dosering.....
Tijdstip en frequentiekeer/ dag.....
Voorzorgen.....

Handtekening ouders Handtekening + stempel arts

Datum