

ATTEST VOOR TOEDIENEN VAN MEDICIJNEN OP SCHOOL

(invullen en meegeven naar school aub)

Naam van de leerling: _____

Klas: _____

School: _____

Naam van de ouders: _____

Telefoon van ouders: _____

Naam arts: _____

Telefoonnummer arts: _____

Indien de klever met onderstaande info op de verpakking staat, hoeft dit niet ingevuld te worden.

Naam van medicijn: _____

Vorm (pilletje /siroop/spuitje...) : _____

Hoeveel innemen? _____ keer per dag / of _____

Wanneer innemen? _____

Voorzorgen? _____

Handtekening ouders