



Een school van het  
Stedelijk  
Basisonderwijs

## 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 frequentie .....keer/ dag.....

Voorzorgen.....

Handtekening ouders Handtekening + stempel arts

Datum