

# 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

**Door de school in te vullen:**

VERANTWOORDELIJKE OP SCHOOL .....