



ATTEST MEDICATIE OP SCHOOL

naam van de leerling

geboortedatum ____ / ____ / ____

klas: _____

naam ouder/voogd

naam arts

telefoonnummer ouder/voogd

telefoonnummer arts

benaming medicatie: _____

Het medicijn dient te worden genomen van ____ / ____ / ____ tot ____ / ____ / ____

Het medicijn dient dagelijks te worden genomen om _____ uur

om _____ uur

dosis _____

wijze van toediening _____

Ondergetekende geeft de uitdrukkelijke toestemming aan de school om deze medicijnen toe te dienen.

handtekening arts

datum ____ / ____ / ____