

ATTEST VOOR TOEDINING VAN MEDICIJNEN OP SCHOOL

Naam leerling:

Klas:

School:

Naam van de ouders:

Telefoon of GSM ouders:

Arts:

Stempel:

OF

naam en telefoonnummer:

Naam van het medicijn:

Vorm (pilletje, siroop, spuitje...):

Dosering en frequentie:

Tijdstip:

Voorzorgen:

Handtekening ouders,

Handtekening + stempel arts,

Datum:

Door de school in te vullen:

VERANTWOORDELIJKE OP SCHOOL: