

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

Naam leerling: .....

Geboortedatum:.....

Adres.....

Postcode en Plaats:.....

Naam ouder(s)/verzorger(s): .....

Telefoon thuis:.....

Telefoon werk: .....

Naam huisarts: .....

Telefoon:.....

Naam specialist:.....

Telefoon:.....

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

.....  
.....

Naam van het medicijn:

.....  
.....

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden: ..... uur/ ..... uur/ ..... uur/ ..... uur

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s): G D Dosering van het medicijn:

.....  
.....

Wijze van toediening:

.....  
.....

Wijze van bewaren:

.....  
.....

Controle op vervaldatum door: (naam).....

Functie: .....

Ondergetekende, ouder/wettelijke vertegenwoordiger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde medewerker die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

Naam: .....

Ouder/verzorger:.....

Plaats.....

Datum:.....

Handtekening:.....