



TOESTEMMINGSFORMULIER

HET VERSTREKKEN VAN MEDICIJNEN OP VERZOEK

Voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

Naam leerlingen: _____

Groep: _____

zoon / dochter / pupil van:

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

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

Handtekening ouder