

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR HET TOEDIENEN VAN MEDICIJNEN.

Naam leerling:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:Woonplaats :

Ouders/verzorgers :

Ondergetekende, ouder/verzorgers van bovengenoemde leerling, geeft hiermee aan de school en aan de groepsleerkracht toestemming voor het toedienen van ondergenoemde medicijn(en):

Naam medicijn:

Medicijn is nodig voor de volgende ziekte/kwaal:
.....
.....

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

..... uur uur
.....uuruur

Bijzonderheden:

Einddatum toediening medicijn:
(ondergetekende ouder/ verzorgers is verantwoordelijk voor de houdbaarheidsdatum van het hierboven genoemde medicijn).

Indien nodig de volgende persoon waarschuwen:

Naam: Tel. nr.:

Plaats: Datum:

Handtekening:
.....