

## ATTEST VOOR TOEDIENING VAN MEDICIJNEN OP SCHOOL

Verantwoordelijke op school

.....

Naam leerling: .....

Klas: .....

School: .....

Naam van de ouder(s): .....

Telefoon ouder(s): .....

Naam arts: .....

Telefoonnummer arts: .....

Naam van het medicijn: .....

Vorm (pilletjes/siroop/spuitje): .....

Dosering: .....

Tijdstip en frequentie: ..... keer / dag

Voorzorgen: .....

Handtekening ouders

Handtekening + stempel arts

Datum