

ATTEST VOOR TOEDIENING VAN MEDICIJNEN OP SCHOOL

VERANTWOORDELIJKE OP SCHOOL

Naam leerling:

Klas:

School:

Naam van de ouders:

Telefoon ouders:

Naam arts:

Telefoonnummer arts:

Naam van het medicijn:

Vorm (pilletje/siroop/spuitje):

Dosering:

Tijdstip en frequentie: keer/dag

Voorzorgen:

Handtekening ouders

Handtekening + stempel arts

...

...

Datum: ...