

# 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: ...