

Verklaring: Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek



Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

Naam leerling	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode en plaats	
Naam ouder(s)/verzorger(s)	
Telefoon thuis	
Telefoon werk	
Naam huisarts	
Telefoon huisarts	

Medicatie is nodig voor	Noem hier de aandoening / ziekte
-------------------------	----------------------------------

Naam van het medicijn	
-----------------------	--

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden (+ dosering):

Maandag	...uur	...mg
Dinsdag	...uur	...mg
Woensdag	...uur	...mg
Donderdag	...uur	...mg
Vrijdag	...uur	...mg

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

Dosering van het medicijn:	
Wijze van toediening:	
Wijze van bewaren:	
Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q de hieronder genoemde leraar die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:	
Ondergetekende naam	
ouder/verzorger van	
Plaats en datum	
Handtekening	

Instructie voor medicijntoediening: (alleen invullen indien van toepassing)

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op (datum)	
Door (naam en handtekening)	
Functie	
Naam instelling	
Aan (naam en handtekening)	
Functie	
Naam en plaats school	