

ATTEST TOEDIENEN VAN MEDICIJNEN OP SCHOOL

Naam kind: _____

Klas: _____

Naam geneesheer: _____

Telefoonnummer geneesheer: _____

Naam medicijn: _____

Vorm (siroop, pilletjes, ...): _____

Dosering: _____

Tijdstip/frequentie: _____

Toedienen van _____ tot _____ (datum)

Hoe bewaren? _____

Eventuele voorzorgen of opmerkingen:

Handtekening ouders

Handtekening geneesheer