MEDICATIEFORMULIER

Sint-Pietersschool
VRIJE BASISSCHOOL

Mijn kind moet op school medicatie gebruiken.

Wanneer u wenst dat de school er op toeziet dat uw minderjarig kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt, dient u vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen en te handtekenen.

Naam van het kind: …….
Klas: …….

Medicatie op doktersvoorschrift? **O** JA **O** NEEN

Indien JA, graag de datum van het voorschrift: .....

De medicatie is opgestart op (startdatum) .....
en moet worden gebruikt tot (einddatum) ……

Naam van de medicatie	
Tijdstip van toedienen (om ….. uur, …)	
Wijze van gebruik (voor/na/tijdens de maaltijd, oraal, indruppeling, …)	
Dosering (Aantal tabletten, ml, …)	
Bewaren in koelkast	**O** JA **O** NEEN

Kies uit:

- **O** Hierbij verklaren de ouders dat de medicatie, die onder toezicht van een leerkracht genomen moet worden, voorgeschreven werd door een arts.

  Naam arts: …… Telefoon: ……

- **O** Hierbij vragen de ouders aan de school om er op toe te zien dat hun kind bovenstaand medicament zonder doktersvoorschrift gebruikt en nemen hierbij ALLE verantwoordelijkheid op zich.

Handtekening ouder(s): **Datum:**

…… ……..

Verwittigen in nood : (naam en telefoon) ……..……..