



ATTEST MEDICIJNEN OP SCHOOL

Met dit attest geven de ouders en de behandelende geneesheer de leerkrachten de toestemming de hieronder beschreven medicatie toe te dienen.

Deel 1 (in te vullen door de **ouders**).

Naam van de leerling: _____	Klas: _____
Vestigingsplaats: _____	
Naam van de ouders: _____	Tel: _____
Handtekening ouders,	

Deel 2 (in te vullen door de **geneesheer**).

Naam medicijn: _____	Vorm: _____
Dosering: _____	
Tijdstip en frequentie: _____	
Vervaldatum: _____	
Hoe bewaren? _____	
Voorzorgen: _____	
Stempel geneesheer plaatsen of verder aanvullen a.u.b.	
Naam geneesheer: _____	
Adres geneesheer: _____	
Telefoon geneesheer: _____	
Handtekening geneesheer	