

Attest medicatiegebruik op school

Naam leerling : **Klas :** **Datum :**

SCHOOL : (aankruisen)

0	Vrije Basisschool Pius x	Bredenakkerstraat 31	9 070 Destelbergen
0	Vrije Basisschool De Parel	Steenvoordestraat 13 Krekelstraat 18	9070 Heusden 9070 Heusden
0	Vrije Gemende Basisschool	Kerkham 1 , Haenhoutstraat 171	9070 Destelbergen

Naam ouder die ondertekent	
Naam leerkracht / verantwoordelijke	
Vervanger indien leerkracht / verantwoordelijke afwezig is	
Geneesmiddel	
Periode van toediening	van tot
Toedieningsvoorschrift Doserings + tijdstip	
Toedieningsvoorschrift , wijziging	
Toedieningsvoorschrift , wijziging	
Naam , telefoonnummer + handtekening behandelende arts	

De ouder verklaart de toediening van het geneesmiddel volgens het toedieningsvoorschrift over te dragen aan de leerkracht voor zover dit tijdens de schooluren nodig is .

De leerkracht / schoolpersoneel verklaart de toediening van het geneesmiddel volgens het voorschrift uit te voeren voor zo ver dit gedurende de schooluren nodig is . Hij/zij , of de school kunnen geen aansprakelijkheid aanvaarden voor de mogelijke gevolgen of bijwerkingen die na het toedienen optreden .

Handtekening ouder(s)	Handtekening leerkracht	Handtekening directie