



## TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR HET TOEDIENEN VAN MEDICIJNEN

Naam leerling: .....

Geboortedatum: .....

Adres: .....

Postcode: ..... Woonplaats : .....

Ouders/verzorgers : .....

Ondergetekende, ouder/verzorgers van bovengenoemde leerling, geeft hiermee aan de school en aan de groepsleerkracht toestemming voor het toedienen van ondergenoemde medicijn(en):

Naam medicijn: .....

Medicijn is nodig voor de volgende ziekte/kwaal: .....

.....

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

..... uur ..... uur

.....uur .....uur

Bijzonderheden: .....

.....

Einddatum toediening medicijn: .....

Indien nodig de volgende persoon waarschuwen:

Naam: ..... tel. nr.: .....

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening: .....