



ATTEST VOOR TOEDIENING VAN MEDICIJNEN OP SCHOOL

Verantwoordelijke op school

.....

Naam leerling:

Klas:

School: Stedelijke Basisschool Desselgem

Naam van de ouder(s):

Telefoon ouder(s):

Naam arts:

Telefoonnummer arts:

Naam van het medicijn:

Vorm (pilletjes/siroop/spuitje):

Dosering:

Tijdstip en frequentie: keer/dag

Voorzorgen:

Handtekening ouders

Handtekening + stempel arts

Datum