

Toestemmingsformulier toedienen medicatie

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

naam leerling:	
geboortedatum:	
adres:	
postcode en plaats:	

naam ouder(s)/verzorger(s):	
telefoon thuis:	
telefoon mobiel:	
naam huisarts:	
telefoon:	
naam specialist:	
telefoon:	

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:
Naam van het medicijn:
Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:
..... uur
..... uur
.....uur
.....uur
.....uur

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):
Dosering van het medicijn:
Wijze van toediening:
Wijze van bewaren:
* Controle op vervaldatum door ouders/leerkracht.

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de leerkracht(en), toestemming voor het toedienen van bovengenoemd(e) medicijn(en).
Tevens erkennen zij dat de school c.q. de leerkracht(en) niet aansprakelijk gesteld kan worden voor optredende bijwerkingen of vergissingen bij toedienen van het betreffende medicijn

Naam:	
Plaats:	
Datum:	

Handtekening:	
---------------	--