

Toestemmingsformulier **medicatie toediening.**



scholengemeenschap
Kust & Polder
voor jou !

Naam van het kind:

Klas:

Medicatie op doktersvoorschrift? ☐ JA ☐ NEEN

Indien JA, graag de datum van het voorschrift:

De medicatie is gestart op (startdatum)

en moet worden gebruikt tot (einddatum)

Naam van de medicatie	
Tijdstip van toedienen (om uur, ...)	
Wijze van gebruik (voor/na/tijdens de maaltijd, oraal, indruppeling, ...)	
Dosering (Aantal tabletten, ml, ...)	
Bewaren in koelkast	☐ JA ☐ NEEN

Kies uit:

- ☐ Hierbij verklaren de ouders dat de medicatie, die onder toezicht van een leerkracht genomen moet worden, voorgeschreven werd door een arts.
- ☐ Hierbij vragen de ouders aan de school om erop toe te zien dat hun kind bovenstaand medicament zonder doktersvoorschrift gebruikt en nemen hierbij ALLE verantwoordelijkheid op zich.

Handtekening ouder(s):

Datum: