 **Verklaring**

m.b.t.toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek

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 werk:

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  
  
Medicijnen mogen alleen worden toegediend in de volgende situaties:  
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dosering van het medicijn:  
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wijze van toediening:  
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wijze van bewaren:  
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Controle op vervaldatum door: (naam)  
 functie:

Ondergetekende ouder/ verzorger van genoemde leerling geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde leraar die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen.

Ondergetekende:

Naam:  
ouder/ verzorger:  
plaats:  
datum:

Handtekening:

|  |
| --- |
| **Medicijninstructie (indien noodzakelijk)**  Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op (datum):  Door:  Naam:  Functie:  Van (instelling):  Aan:  Naam:  Functie:  Van: (school en plaats) |