

**Verklaring: 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 / ..... uur

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):	
Dosering van het medicijn:	
Wijze van toediening:	
Wijze van bewaren:	
Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):	

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

Plaats: .....

Datum: .....

Handtekening ouder:

Handtekening leerkracht: