

## ATTEST VOOR TOEDIENING VAN MEDICIJNEN OP SCHOOL

Verantwoordelijke op school: Ilse Capoen (lokaal 2)

Naam leerling: .....

Klas: .....

School: .....

Naam van ouders: .....

Telefoon ouders: .....

Naam arts: .....

Telefoonnummer arts: .....

Naam van het medicijn: .....

Vorm (pilletje/siroop/spuitje): .....

Dosering: .....

Tijdstip en frequentie: ..... keer/dag

Voorzorgen: .....

Datum:

Handtekening ouders:

Handtekening + stempel arts: