

MEDICIJNEN OP SCHOOL

DOKTERSATTEST

Naam van de leerling:.....

Klas:.....

Naam van de ouders:.....

Tel.:.....

Naam behandelende arts:

Adres behandelende arts:

Telefoon behandelende arts:

(stempel volstaat)

Naam medicijn:.....

Vorm: (*) pilletjes – siroop – andere:.....

Dosering:.....

Tijdstip en frequentie:.....

Bewaring: (*) kamertemp. – koelkast – andere:.....

Speciale voorzorgen:.....

Mogelijke neveneffecten:.....

(*): schrappen wat niet past

Handtekening arts:

Handtekening ouders:

Dit attest wordt samen met de medicatie in een plastic zakje gestopt en aan de klastitularis bezorgd.

MEDICIJNEN OP SCHOOL

DOKTERSATTEST

Naam van de leerling:.....

Klas:.....

Naam van de ouders:.....

Tel.:.....

Naam behandelende arts:

Adres behandelende arts:

Telefoon behandelende arts:

(stempel volstaat)

Naam medicijn:.....

Vorm: (*) pilletjes – siroop – andere:.....

Dosering:.....

Tijdstip en frequentie:.....

Bewaring: (*) kamertemp. – koelkast – andere:.....

Speciale voorzorgen:.....

Mogelijke neveneffecten:.....

(*): schrappen wat niet past

Handtekening arts:

Handtekening ouders:

Dit attest wordt samen met de medicatie in een plastic zakje gestopt en aan de klastitularis bezorgd.