



MEDICATIEFICHE
AANVRAAG + STEEKKAART VOOR DE SCHOOL

Ondergetekende, _____ vader/moeder/voogd van naam + voornaam kind
_____ uit klas _____

Vraagt om volgende medicatie toe te dienen aan bovenvermeld kind:

MEDICATIE	DOSIS + TIJDSTIP
_____	_____
_____	_____

Periode: van _____ tot en met _____

Voorschrijvende arts: Dr. _____ Tel.: _____

De medicatie zal op school worden toegediend onder toezicht van: _____

Bewaarplaats medicatie school: _____

De medicatie dient steeds in de **originele verpakking met bijsluiter** te zitten en wordt enkel toegediend bij afgifte van deze fiche!

De school kan op geen enkel ogenblik verantwoordelijk gesteld worden voor nevenwerkingen die bij het kind optreden naar aanleiding van het toedienen van de medicatie op de school.

Datum + handtekening ouders

Gelieve onderstaande tabel in te vullen bij elke medicatietoediening. (voorbehouden voor de school)

datum	naam	uur 1 ^{ste} gift	uur 2 ^{de} gift	uur 3 ^{de} gift

