

TOESTEMMINGSVERKLARING VERSTREKKING MEDICIJNEN

Basisschool St. Wulfram

Hierbij verklaart ondergetekende:

Ouder

(voor- en achternaam)

Moeder / vader van

(voor- en achternaam)

Telefoonnummer(s)

dat zij/hij middels invulling en ondertekening van deze verklaring toestemming geeft aan:

Leerkracht

(voor- en achternaam)

Leerkracht

Leerkracht(bij afwezigheid van bovengenoemde personen)

om de hieronder benoemde medicijnen te verstrekken aan:

Naam kind

(voor- en achternaam)

Leerling in groep

Naam van het medicijn

Wie bewaart het **waar**

Hoe vaak toedienen (eventueel tijdstip vermelden)

Op welke wijze/dosering

Periode van verstrekking

Mogelijke bijwerkingen

Hoe dan te handelen

Naam arts

(in geval van ernstige bijwerkingen)

Telefoonnummer arts

Handtekening:

Naam:

Datum:

NB: Deze verklaring is slechts gedurende één schooljaar geldig!