



## TOESTEMMINGSVERKLARING

### Medicijnverstrekking

Met dit formulier wordt toestemming gegeven aan medewerkers van de school om aan genoemde leerling de op dit formulier genoemde medicijnen te verstrekken.

Ondergetekenden verklaren dat zij

- wijzigingen van onderstaande informatie steeds zullen doorgeven aan de school;
- medewerkers van de school hebben geïnstrueerd over de toediening van het medicijn;
- er zorg voor dragen dat de voorraad medicatie op school tijdig op peil wordt gehouden en wordt vervangen indien de vervaldatum is verstreken;
- dit formulier volledig en naar waarheid hebben ingevuld voor:

Naam leerling	
Geboortedatum leerling	
Woonadres leerling	
Postcode en woonplaats	
Telefoon thuis	
Telefoon werk ouder, verzorger 1	
Telefoon werk ouder, verzorger 2	
Naam huisarts	
Telefoon huisarts	
Medicijnen	
Reden medicijngebruik	
Medicijnen alleen toedienen in volgende situaties	

Dosering van het medicijn	
Wijze van toedienen van het medicijn	
Wijze van bewaren van het medicijn	

Naam leerling: \_\_\_\_\_

Handtekening leerling: \_\_\_\_\_

Naam ouder, verzorger: \_\_\_\_\_

Handtekening ouder, verzorger: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_