



## Attest medicatiegebruik op school

**Naam leerling :** ..... **Klas :** ..... **Datum :** .....

**SCHOOL :** ( aankruisen )

<input type="radio"/>	Vrije Basisschool Pius x	Bredenakkerstraat 31	9070 Destelbergen
<input type="radio"/>	Vrije Basisschool De Parel	Steenvoordestraat 13	9070 Heusden
<input type="radio"/>	Vrije Gemende Basisschool	Kerkham 1 , Haenhoutstraat 171	9070 Destelbergen

<b>Naam ouder</b>	
<b>Naam leerkracht / verantwoordelijke</b>	
<b>Geneesmiddel</b>	
<b>Toedieningsvoorschrift</b>	
<b>Toedieningsvoorschrift , wijziging</b>	
<b>Toedieningsvoorschrift , wijziging</b>	
<b>Naam + handtekening behandelende arts</b>	

*De ouder verklaart de toediening van het geneesmiddel volgens het toedieningsvoorschrift over te dragen aan de leerkracht voor zover dit tijdens de schooluren nodig is .*

*De leerkracht / schoolpersoneel verklaart de toediening van het geneesmiddel volgens het voorschrift uit te voeren voor zo ver dit gedurende de schooluren nodig is . Hij/zij , of de school kunnen geen aansprakelijkheid aanvaarden voor de mogelijke gevolgen of bijwerkingen die na het toedienen optreden .*

<i>Handtekening ouder(s)</i>	<i>Handtekening leerkracht</i>	<i>Handtekening directie</i>