



**DOCUMENT MEDICATIEGEBRUIK OP SCHOOL**

Naam directie: Jan Sierens, Kimberley Debie

Ondergetekende, *(naam ouder)*.....

vader / moeder / voogd van *(naam en voornaam kind)*

..... uit *klas*: .....

vraagt om volgende medicatie toe te dienen aan bovenvermeld kind:

<b>Naam medicatie</b> (zie verpakking)	<b>Tijdstip</b> (wanneer te geven)	<b>Dosis</b> (in welke hoeveelheid per keer)

- De wijze van toedienen: (op welke manier te gebruiken)

.....  
.....

- Periode van toedienen: van ..... tot en met ..... *(geef hier de tijdsperiode aan)*

- Bewaarplaats medicatie: (hoe te bewaren? In koelkast, ...)

.....  
.....

- Vervaldag medicatie: ..... *(geef hier de vervaldatum op van de medicatie)*

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

*Gelieve de fiche verder aan te vullen op de volgende bladzijde.*

