



DOCUMENT MEDICATIEGEBRUIK OP SCHOOL

Naam directie: Jan Sierens, Katrien Cools

Ondergetekende, (*naam ouder*)..... vader /
moeder / voogd van (*naam en voornaam kind*)
..... uit *klas*:

vraagt om volgende medicatie toe te dienen aan bovenvermeld kind:

Naam medicatie (zie verpakking)	Tijdstip (wanneer te geven)	Dosis (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.

