



Attest medicatie

Naam leerling: _____ Klas: _____

Naam ouder: _____ Tel nr.: _____

Naam behandelende arts: _____

Adres behandelende arts: _____

Tel nr. behandelende arts: _____

Naam medicatie: _____

Vorm en wijze van toedienen: _____

Dosering: _____

Data van gebruik: van ____ / ____ / ____ tot en met ____ / ____ / ____

Tijdstip en frequentie: _____

Vervaldatum: _____

Voorschriften voor bewaring: _____

Bijkomende voorzorgen: _____

Datum:

Handtekening ouder(s):

Handtekening behandelende arts:

Medicatie op school

Beste ouders,

Wanneer u wenst dat de school erop toeziet dat uw kind tijdens de schooluren bepaalde medicatie inneemt **op doktersvoorschrift**, dient u vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen.

Zonder handtekening van de behandelende arts wordt dit formulier **niet** als **geldig** beschouwd.

Gelieve in de mate van het mogelijke te vermijden dat medicatie op school moet toegediend worden. D.w.z. dat medicatie die 's morgens of 's avonds kan worden gegeven, thuis wordt toegediend. Indien toch medicatie op school moet worden toegediend, is het noodzakelijk dat dit formulier door de behandelende arts wordt ingevuld. De leerkracht/school kan op geen enkel moment verantwoordelijk gesteld worden voor neveneffecten die bij het kind optreden naar aanleiding van het toedienen van deze medicatie conform de gegeven richtlijnen in deze bijlage 2.