



Basisschool Lutgarde
E. De Becolaan 57
1050 Elsene
Tel 02 648 74 30
directie@lutgardis.l

A ttest medicijnen

Schooljaar :

In te vullen door de ouders

Hierbij geef ik toelating aan de juf/meester om mijn kind op doktersadvies dit/deze medicijn(en) te geven :

Naam v/h kind

klas :

Handtekening :

In te vullen door de arts

Naam v/h medicijn :

Het medicijn dient ingenomen worden van :...../...../20..... tot/...../20.....

Het medicijn dient dagelijks ingenomen te worden: omuur., omuur.

omuur., omuur

Dosering van het medicijn (aantal tabletten, ml,...) :

Wijze van gebruik : (oraal, percutaan, indruppeling, voor/na/tijdens maaltijd,...)

Wijze van bewaring: (koel, kamertemperatuur, ,...)

Naam en tel. arts:

Handtekening arts :

Stempel arts:

Datum :

In te vullen door de school

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door:

En in diens afwezigheid door:

Naam & handtekening directie:

Naam & handtekening v/d betrokken person

eelsleden :