

## VERKLARING - Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek

### LEERLING

Naam	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode	
Plaats	
Vaste telefoon	
Mobiele telefoon	
Naam huisarts	
Telefoon huisarts	
Naam specialist	
Telefoon specialist	

### MEDICIJN

Naam medicijn	
Toedieningstijd(en)	
Ziekte waarvoor medicijn nodig is	
Dosering	
Wijze van toediening	
Wijze van bewaren	
Controle op vervaldatum door	

### INSTRUCTIE VOOR MEDICIJNTOEDIENING

Instructie gegeven op	
Door	
Functie	
Naam instelling	
Aan	
Functie	
Naam school	
Plaats school	

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q de hieronder genoemde leraar die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen.

### ONDERTEKENING

Naam	
Ouder/verzorger van	
Plaats	
Datum	
Handtekening	