



## ATTEST NIET-VOORGESCHREVEN MEDICIJNEN

Naam van de leerling: \_\_\_\_\_ Klas: \_\_\_\_\_

Naam van de ouders: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

***De school verleent medewerking aan het geven van niet voorgeschreven medicijnen op basis van een schriftelijke en ondertekende verklaring van de ouders waarbij opgemerkt dat de ouders verantwoordelijk en aansprakelijk blijven voor eventuele gevolgen van handelingen van de school.***

Naam medicijn: \_\_\_\_\_

Vorm: \_\_\_\_\_

Dosering: \_\_\_\_\_

Tijdstip en frequentie: \_\_\_\_\_

Periode: van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening ouder(s):

