



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):

