



ATTEST VOORGESCHREVEN MEDICIJNEN

Naam van de leerling: _____ Klas: _____

Naam van de ouders: _____ Tel.: _____

Naam geneesheer: _____

Telefoon geneesheer: _____

Naam medicijn: _____

Vorm: _____

Dosering: _____

Tijdstip en frequentie: _____

Periode: van _____ tot en met _____

Datum: _____

Handtekening geneesheer:

Handtekening ouder(s):

Stempel geneesheer:

