

Attest Medicatie

In te vullen als de school toezicht dient te houden op de inname van medicatie.

Gegevens leerling

Voornaam: Naam:

Klas: Geboortedatum:

Gegevens arts

Naam:

Telefoonnummer:

Gegevens medicatie:

Naam: Vorm:

Dosis & tijdstip van toediening tijdens de schooluren:

Periode van toedingen: van / / 20.... tot / / 20....

Vervaldatum: Hoe bewaren:

Voorzorgen:

Ik geef de toelating aan het personeel van het Bernarduscollege om bovenstaande medicatie toe te dienen aan de bovenvermelde leerling en dit gedurende de periode aangegeven bij "gegevens medicatie".

Naam en handtekening ouders datum:	Naam en handtekening arts datum:
---	---