

Medicatie op school

..../..../....

Beste ouders,

Wanneer u wenst dat de school er op toeziet dat uw kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt op doktersvoorschrift, dient u vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen.

Let wel dat het deel aangeduid met 'in te vullen door de arts/apotheker' ook effectief door een arts/apotheker wordt ingevuld. Zonder handtekening en stempel van de arts/apotheker wordt dit formulier niet als geldig beschouwd.

Gelieve in de mate van het mogelijke te vermijden dat medicatie op school moet toegediend worden. D.w.z. dat medicatie die 's morgens of 's avonds kan worden gegeven, thuis wordt toegediend. Indien toch medicatie op school moet worden toegediend, is het noodzakelijk dat dit formulier door de arts/apotheker wordt ingevuld.

De leerkracht/school kan op geen enkel moment verantwoordelijk gesteld worden voor neveneffecten die bij het kind optreden naar aanleiding van het toedienen van deze medicatie conform de onderstaande richtlijnen.

De directie

Aanvraagformulier zie ommezijde

Deel in te vullen door de ouder/voogd

Naam van de leerling _____
Geboortedatum/...../.....
Klas _____
Naam ouder/voogd _____
Telefoonnummer ouder/voogd _____

Ondergetekende geeft de uitdrukkelijke toestemming aan de school om er op toe te zien dat het kind medicijnen neemt in overeenstemming met het doktersvoorschrift.

Handtekening ouder/voogd _____ Datum/...../.....

Deel in te vullen door de arts/apotheker

Naam van het medicijn _____
Het medicijn dient te worden genomen van/...../..... tot/...../.....
Het medicijn dient dagelijks te worden genomen om uur, om uur, om uur, om uur.
Dosering _____
Wijze van gebruik _____
Mogelijke bijwerkingen _____

Het medicijn niet nemen indien _____

Wijze van bewaring _____
Naam arts/apotheker _____
Telefoonnummer arts/apotheker _____

Handtekening arts/apotheker _____ Stempel arts/apotheker _____ Datum/...../.....