

Beste ouders,

Medicatie wordt in principe thuis gegeven. Wanneer u wenst dat de school er op toeziet dat uw kind tijdens de schooluren/uitstappen 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' ook effectief door een arts wordt ingevuld. Zonder handtekening en stempel van de arts wordt dit formulier niet als geldig beschouwd.

Dit document is geldig voor maximum 1 schooljaar.

**DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS**

Naam van de leerling

die op school medicijnen dient in te nemen

\_\_\_\_\_

Klas van de leerling

\_\_\_\_\_

Geboortedatum van de leerling

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Naam van de ouder die ondertekent

\_\_\_\_\_

Telefoonnummer van de ouder

\_\_\_\_\_

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat de leerling medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

De ouder verklaart de toediening van het geneesmiddel volgens het toedieningsvoorschrift over te dragen aan de leerkracht / de verantwoordelijke voor zover dat dit gedurende de schooluren nodig is.

De leerkracht / het schoolpersoneel verklaart de toediening van het geneesmiddel volgens voorschrift uit te voeren voor zover dat dit gedurende de schooluren nodig is. Hij / zij of de school kunnen geen aansprakelijkheid aanvaarden voor de mogelijke gevolgen of bijwerkingen die na het toedienen kunnen optreden.

**Datum:**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Handtekening van de ouders:**

\_\_\_\_\_



**DEEL IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL**

Op het nemen van het medicijn  
wordt toegezien door *(locatie)* \_\_\_\_\_

De school houdt per leerling een register bij van de genomen medicijnen. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een leerling op welk tijdstip geeft ingenomen en onder wiens toezicht. De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis en kunnen daartoe niet verplicht worden. **(ter bespreking vergadering CPBW 02/06/2017)**

**Naam en handtekening van de directie:** \_\_\_\_\_

**DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS**

Naam van het medicijn \_\_\_\_\_

Het medicijn dient genomen te worden van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_  
(begin- en einddatum)

Het medicijn dient genomen te worden \_\_\_\_\_  
(tijdstippen, voor/tijdens/na de maaltijd)

Dosering \_\_\_\_\_  
(aantal tabletten, ...)

Wijze van bewaring \_\_\_\_\_  
(bv. koel)

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn \_\_\_\_\_

Het medicijn mag niet genomen worden indien \_\_\_\_\_

Naam van de arts \_\_\_\_\_

Telefoonnummer van de arts \_\_\_\_\_

**Datum:**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Stempel van de arts:**

\_\_\_\_\_

**Handtekening van de ouders:**

\_\_\_\_\_