



RK Basisschool De Regenboog

Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

Naam leerling: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Naam ouder(s)/verzorger(s): _____

Telefoon thuis: _____

Telefoon werk: _____

Naam huisarts: _____

Telefoon: _____

naam specialist: _____

telefoon: _____

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

Naam van het medicijn: _____

- Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

_____ uur

_____ uur

- Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

Dosering van het medicijn: _____

Wijze van toediening: _____

Wijze van bewaren: _____

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde leraar die daardoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

Naam: _____

Ouder/verzorger: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____