GBS De Sleutelbloem, Schoolplein 2, 2960 Brecht Datum:…………………………….

Ondergetekende, ………………………………………………………….., ouder van …………………………………………

geeft de school de toelating om volgende medicijnen toe te dienen:

Naam van het kind: …………………………………………………………………………………………………………………..

Klas: …………………………………………………………………………………………………………………….……………………..

Benaming medicatie:…………………………………………………………………………………………………………………..

Wijze van toediening: ………………………………………………………………………………………………………………….

Op welk tijdstip en hoeveel: ………………………………..………………………………………………………………………

Wijze van bewaring: …………………………………….……………………………………………………………………………..

Duurtijd (toedienen tot):……………………………………...………………………………………………………………………

*De medicatie dient steeds in de originele verpakking met de daarbij horende bijsluiter te worden meegebracht. Het medicament moet voorzien worden van een etiket met daarop de naam van het kind, adres en telefoonnummer van de voorschrijvende arts.*

**Voorschrijver (naam dokter): ………………………………………………….……………………………………………………………**

**Op datum van: ………………………………………………………**

**Naam en handtekening van de ouders:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..