

**Toestemmingsverklaring tot het verstrekken van medicatie aan leerlingen**

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicatie aan:

Naam leerling:

Geboortedatum:

Klas:

Adres:

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte/aandoening:

Naam van het medicijn:

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

…… uur / …… uur / …… uur / …… uur

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

G D

Dosering van het medicijn:

 Wijze van toediening:

Wijze van bewaren: In de klas / rugzak leerling / koelkast

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan, de hieronder genoemde leerkracht die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

Naam leerkracht:

Naam ouder(s)/verzorger(s):

Mobiel nummer:

Handtekening: