

Graag invullen!

Toestemmingsverklaring tot het verstrekken van medicijnen op verzoek



Indien niet van toepassing a.u.b. toch naam leerling invullen aankruisen wel/geen medicatie en formulier ondertekenen

Ondergetekende, ouder/verzorger, geeft toestemming aan de medewerkers van VSO Velddijk (onderdeel van Onderwijsgroep Buitengewoon) voor het toedienen van het hieronder omschreven medicijn aan:

Naam leerling: _____

Het medicijn is nodig in verband met : _____

Naam van het medicijn en sterkte: _____

Bergstraat 58
5931 CE Tegelen
077 354 26 86

info@velddijk.nl
www.velddijk.nl
KvK 41062151

- ☐ Gebruikt geen medicatie onder schooltijd
☐ Gebruikt onderstaande medicatie onder schooltijd

Dosering van het medicijn:

* Maandag	Tijdstip: _____ uur	Hoeveelheid: _____
* Dinsdag	Tijdstip: _____ uur	Hoeveelheid: _____
* Woensdag	Tijdstip: _____ uur	Hoeveelheid: _____
* Donderdag	Tijdstip: _____ uur	Hoeveelheid: _____
* Vrijdag	Tijdstip: _____ uur	Hoeveelheid: _____

Medicijn indien nodig toedienen in de volgende situatie (bijv. bij prikkelhoest, jeuk):

Het medicijn dient aangeboden te worden in de originele verpakking inclusief bijsluiter:

Naam ouder/verzorger: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Toestemming bevoegd gezag:

Naam directeur:

Handtekening:

welkom
bij jezelf