**Aanvraag en steekkaart**

Ondergetekende, …………………………………. ouder/ voogd van

 ………………………………… klas: …………………………………

vraagt om volgende medicatie toe te dienen aan bovenvermeld kind:

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam medicatie** | **Dosis en tijdstip** |
| ………………………………………… | ……………………………………………… |
| ………………………………………… | ……………………………………………… |
| ……………………………………… | ……………………………………………… |

De wijze van toedienen: ……………………………………………….

Periode van toedienen: van ………….. tot en met ………………….

Bewaarplaats medicatie (vb koelkast, secretariaat, klas…): ………………………………….

De medicatie dient in de originele verpakking met bijsluiter te zitten en wordt enkel toegediend bij **afgifte van een doktersattest**.

De voorschrijvende arts: Dr. …………………… Tel.: …………………….

De medicatie zal worden toegediend onder toezicht van …………………………. die ook de controle op de vervaldatum zal doen.

Hiermee verklaar ik als ouder/voogd volledig verantwoordelijk en aansprakelijk te zijn en te blijven voor eventuele nadelige gevolgen van de medicatie voor het kind.

Datum: ………………………… Handtekening ouder/voogd