



BuLO Blijdhove
Guido Gezellelaan 106 - 8930 Menen
☎ 056/51.31.91 • 056/53.37.32
e-mail: administratie@buloblijdhove.be
website : www.bloblijdhove.be

medicatie

AANVRAAGFORMULIER

Mijn kind moet op school medicatie gebruiken op doktersvoorschrift

Wanneer, in uitzonderlijke gevallen, uw minderjarig kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt op doktersvoorschrift, dient u vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen.

Let wel dat het deel aangeduid met 'in te vullen door de arts' ook effectief door een arts wordt ingevuld. Zonder handtekening en stempel van de arts wordt dit formulier niet als geldig beschouwd en mogen wij de medicatie niet toedienen.

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS

Naam van de leerling: uit klas

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat het kind medicijnen neemt in overeenstemming met het doktersvoorschrift.

Naam + handtekening ouder(s):

Datum:

..... / /

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

Naam van het medicijn:

Het medicijn dient te worden genomen van / / tot / / (periode)

Het medicijn dient dagelijks, op school, te worden genomen om uur.

Dosering van het medicijn:

Bijkomend advies:

.....
.....

Handtekening van de arts

Stempel

Datum

..... / /

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door

En in diens afwezigheid door

Naam en handtekening directie

Handtekening van de betrokken personeelsleden

.....

.....