



R.K. Basisschool Anselderlaan 10 6471GL Eygelshoven tel: 5351434 info.rkbsdeveldhof@movare.nl

Overeenkomst gebruik medicijnen

Hierbij geeft (naam ouder/verzorger)

Ouder/verzorger van (naam kind)

Groep

toestemming om zijn/haar kind tijdens de reguliere schooltijden van BS de Veldhof het hierna genoemde geneesmiddel/medicijn toe te dienen bij het hierboven genoemde kind. Het geneesmiddel/medicijn wordt toegediend conform het doktersvoorschrift- zie etiket van de verpakking- dan wel volgens de bijsluiter.

Naam geneesmiddel/medicijn

Het geneesmiddel/medicijn wordt verstrekt op voorschrift van

Naam en telefoonnummer arts

Het geneesmiddel/medicijn dient te worden verstrekt gedurende Begindatum.....

Einddatum.....

Dosering medicijn

Vorm van toediening (druppels, spray, tabletten)

Tijdstip van toediening en aantal keren



R.K. Basisschool Anselderlaan 10 6471GL Eygelshoven tel: 5351434 info.rkbsdeveldhof@movare.nl

Het geneesmiddel/medicijn dient bewaard te worden in,

- Koelkast
- Anders, nl.....

Houdbaarheidsdatum t/m

Eventuele bijwerkingen en/of effecten op kind (voor zover bekend)

Het geneesmiddel/medicijn zal toegediend worden door (naam lkr.)

Basisschool de Veldhof is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het door haar personeel toegediende geneesmiddel/medicijn.

Voor akkoord,

Plaats en datum

Naam ouder/verzorger

Handtekening ouder/verzorger

Namens BS de Veldhof

Naam groepsleerkracht(en)

Handtekening groepsleerkracht(en)