



Geneesmiddelengebruik op school

Ondergetekende, _____
voornaam en naam van vader, moeder of voogd

verklaart dat _____
voornaam en naam van het kind

de volgende medicatie dient in te nemen :

Naam geneesmiddel : _____

Frequentie : (hoeveelheid en wanneer) : _____

We geven hierbij de toestemming aan de school om deze geneesmiddelen toe te dienen.

Naam en handtekening

Sint-Jan Berchmans *Basisschool Avelgem* – Kloosterstraat 1 – 8580 Avelgem – 056/64 65 36