

ATTEST MEDICIJNEN 2015-2016

Naam van de leerling:

Klas: _____

Naam van de geneesheer:

Adres van de geneesheer:

Telefoon geneesheer: _____

Naam medicijn:

Vorm (siroop, pilletjes...): _____

Dosering: _____

Tijdstip en frequentie: _____

Toedienen van _____ tot _____ (datum)

Hoe bewaren?

Eventuele voorzorgen of opmerkingen:

Handtekening ouders:

Handtekening geneesheer: