C.V.D. Cruyssenstraat 1A
9850 Deinze
tel. 09.371.70.57
directie.vincentius@op-weg.be
www.vincentius.op-weg.be
Sint-Vincentius
basisschool OP WEG

MEDICATIEFICHE

AANVRAAG + STEEKKAART VOOR DE SCHOOL

Ondergetekende, _____ vader/moeder/voogd van

naam + voornaam kind _____ uit klas _____

vraagt om volgende medicatie toe te dienen aan bovenvermeld kind:

MEDICATIE	DOSIS + TIJDSTIP

Periode: van _____ tot en met _____

Voorschrijvende arts: Dr. _____ Tel.: _____

De medicatie zal op school worden toegediend onder toezicht van: _____

Bewaarplaats medicatie school: _____

De medicatie dient in de originele verpakking met bijsluiter te zitten en wordt enkel toegediend bij afgifte van deze fiche en doktersvoorschrift!

Datum + handtekening _____

Gelieve onderstaande tabel in te vullen bij elke medicatietoediening, (voorbehouden voor de school)

datum	naam	uur 1e gift	uur 2e gift	uur 3e gift