Sint-Vincentius
C.V.D. Cruyssenstraat 1A
9850 Nevele
Tel. 09/ 371 70 57

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 1ste gift	uur 2de gift	uur 3de gift