

# Attest medicatie

Datum .....



Naam **leerling** : .....

Klas .....

Naam ouder : .....

Naam en adres voorschrijvende dokter .....

.....

Naam **medicijn** : .....

Vorm : Tablet - siroop - druppels - andere      Op voorschrift    Ja - neen

**Toediening** ..... X per dag      Tijdstip .....

Van ..... / ..... / 20 .....      tot ..... / ..... / 20 .....

Bewaren : op kamertemperatuur – in de koelkast

Opmerkingen :

Handtekening ouder

---

# Attest medicatie

Datum .....



Naam **leerling** : .....

Klas .....

Naam ouder : .....

Naam en adres voorschrijvende dokter .....

.....

Naam **medicijn** : .....

Vorm : Tablet - siroop - druppels - andere      Op voorschrift    Ja - neen

**Toediening** ..... X per dag      Tijdstip .....

Van ..... / ..... / 20 .....      tot ..... / ..... / 20 .....

Bewaren : op kamertemperatuur – in de koelkast

Opmerkingen :

Handtekening ouder