

Aanvraagformulier: 'Mijn kind moet op school medicijnen gebruiken op doktersvoorschrift'

Wanneer je wenst dat de school er op toeziet dat je minderjarig kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt op doktersvoorschrift, dien je vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen. Let wel: dit formulier dient vergezeld te zijn van een voorschrift van de dokter met vermelding van de naam van de medicatie, het tijdstip, de dosis, de periode van en de manier van toediening én de manier van bewaring. Zonder dit voorschrift met handtekening en stempel van de arts wordt dit formulier niet als geldig beschouwd! Indien de periode waarbinnen het medicijn moet worden ingenomen, langer duurt dan een trimester, dient bij het begin van een nieuw trimester een nieuw formulier te worden ingediend. Ook bij een wijziging van therapie of medicijnen moet een nieuw formulier ingevuld worden. Na beëindiging van de therapie zal dit formulier vernietigd worden.

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS

Naam van de leerling die op school medicijnen dient in te nemen _____

Klas van de leerling _____

Geboortedatum van de leerling _____

Naam van de ouder die ondertekent _____

Telefoonnummer van de ouder _____

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat de leerling medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

Datum

Handtekening van de ouder(s)

.....

Aanvraagformulier: 'Mijn kind moet op school medicijnen gebruiken op doktersvoorschrift'

Wanneer je wenst dat de school er op toeziet dat je minderjarig kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt op doktersvoorschrift, dien je vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen. Let wel: dit formulier dient vergezeld te zijn van een voorschrift van de dokter met vermelding van de naam van de medicatie, het tijdstip, de dosis, de periode van en de manier van toediening én de manier van bewaring. Zonder dit voorschrift met handtekening en stempel van de arts wordt dit formulier niet als geldig beschouwd! Indien de periode waarbinnen het medicijn moet worden ingenomen, langer duurt dan een trimester, dient bij het begin van een nieuw trimester een nieuw formulier te worden ingediend. Ook bij een wijziging van therapie of medicijnen moet een nieuw formulier ingevuld worden. Na beëindiging van de therapie zal dit formulier vernietigd worden.

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS

Naam van de leerling die op school medicijnen dient in te nemen _____

Klas van de leerling _____

Geboortedatum van de leerling _____

Naam van de ouder die ondertekent _____

Telefoonnummer van de ouder _____

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat de leerling medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

Datum

Handtekening van de ouder(s)

.....

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door
(naam en functie van het personeelslid)

en in diens afwezigheid door
(naam en functie van het personeelslid)

De school houdt per leerling een register bij van de genomen medicijnen. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een leerling op welk tijdstip heeft ingenomen en onder wiens toezicht.
De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis en kunnen daartoe niet verplicht worden.

Naam en handtekening van de directie

Handtekening van de personeelsleden

.....

.....

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door
(naam en functie van het personeelslid)

en in diens afwezigheid door
(naam en functie van het personeelslid)

De school houdt per leerling een register bij van de genomen medicijnen. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een leerling op welk tijdstip heeft ingenomen en onder wiens toezicht.
De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis en kunnen daartoe niet verplicht worden.

Naam en handtekening van de directie

Handtekening van de personeelsleden

.....

.....