**Gelieve de kinderen NIET ziek naar school te sturen**

**MEDISCHE FICHE**

**MIJN KIND IS ZIEK**

**MIJN KIND MAG NAAR SCHOOL MAAR MOET MEDICATIE NEMEN**

**AKKOORD VAN DE OUDER**

Naam van de leerling………………………………………………………………………..

Geboortedatum……………………………………………………………………………….

Naam ouder……………………………………………………………………………………

Telefoonnummer ouder………………………………………………………………………

DATUM HANDTEKENING

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

**AKKOORD VAN DE DOKTER (in te vullen door dokter)**

 + ATTEST VAN DE DOKTER

Naam van het kind…………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAAM MEDICATIE** | **WANNEER TE GEVEN?** | **HOEVEEL?** | **HOE?** |
|  |  |  |  |

Periode van toediening op school………………………………………………………
Hoe te bewaren…………………………………………………………………………..

**DATUM STEMPEL EN HANDTEKENING DOKTER**

**In te vullen door de SCHOOL**

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………..

Handtekening van de directie Handtekening van de betrokken personeelsleden