

**Aanvraagformulier medicatie**

**Medicatie op school**

Mijn kind moet op school medicatie gebruiken en ik beschik **niet** over een doktersvoorschrift (\*)

Wanneer u wenst dat uw minderjarig kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt, bv. antibioticakuur,  dient u vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen.

**Deel in te vullen door de ouders**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam van de leerling die het medicijn dient in te nemen:  |   |
| Geboortedatum:  |   |
| klas:  |   |
| Naam ouder:   |   |
| Telefoonnummer ouder:   |   |

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat het kind medicijnen neemt -op verantwoordelijkheid van de ouders- in overeenstemming met het onderstaande gegevens.

Handtekening ouder(s)                                                                                                 Datum

(\*) Dit formulier geldt enkel bij uitzonderlijke sporadische gevallen.

**Deel in te vullen door de ouders bij ontbreking doktersvoorschrift**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam van het medicijn: |   |
| Het medicijn dient te worden genomen van        /     /21      tot     /     /21      . |
| Het medicijn dient dagelijks te worden genomen: |  om             uur, om          uur,   om             uur, om          uur.  |
| Dosering van het medicijn (aantal tabletten, ml,…): |   |
| Wijze van gebruik (bv. oraal, percutaan, indruppeling, voor/na/tijdens de maaltijd…) |   |
| Wijze van bewaring (bv. koel): |   |
| Mogelijke bijwerkingen van het medicijn: |
| Het medicijn mag niet worden genomen indien: |
| Naam van de huisarts: |   |
| Telefoonnummer van de huisarts: |    |

Handtekening van de ouders                                   Datum

**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/omstandigheid door (naam en functie van het personeelslid):

Naam en handtekening van de directie                           Handtekening van de betrokken personeelsleden