

**Stichting
Katholiek
Onderwijs
Hulst**

Postbus 198
4560 AD Hulst
T. 0114 37 14 48
F. 0114 37 14 51
info@skohulst.nl



Willibrordusschool
Prince Bolwerk 2
4561 EN Hulst
T. 0114 37 05 41
F. 0114 37 05 49
willibrordus@skohulst.nl



Moerschans
Liniestraat 100
4561 ZX Hulst
T. 0114 37 00 83
F. 0114 37 00 93
moerschans@skohulst.nl



Nobelhorst
Vondelstraat 1
4561 LN Hulst
T. 0114 37 05 37
F. 0114 37 05 38
nobelhorst@skohulst.nl

Verklaring toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

Naam leerling:

Geboortedatum:

Adres

Postcode en plaats:

Naam ouder(s)/verzorger(s):

Telefoon eerste contactpersoon (bij voorkeur GSM):

Telefoon tweede contactpersoon (bij voorkeur GSM):

Telefoon werk:

Naam huisarts:

Telefoon:

Naam specialist:

Telefoon:

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

.....
.....

Naam van het medicijn:

.....
.....

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

..... uur / uur / uur / uur

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

.....

Dosering van het medicijn:

.....

Wijze van toediening:

.....

.....

Wijze van bewaren:

.....

Duur:

.....

Controle op vervaldatum door: (naam)

Functie:

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde leraar die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

Naam:

Ouder/verzorger:

Plaats

Datum:

Handtekening:

Instructie voor medicijntoediening:

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op (datum)

Door:

Naam:

Functie:

Naam instelling:

Aan:

Naam:

Functie:

Naam en plaats school: