

Toestemmingsverklaring tot het uitvoeren van medische handelingen

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

Naam leerling: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Naam ouder(s) / verzorger(s): _____

Telefoon mobiel: _____

Telefoon werk / thuis: _____

Naam huisarts: _____

Telefoon: _____

Naam specialist: _____

Telefoon: _____

Beschrijving van de ziekte of aandoening waarvoor de medische handeling op school bij de leerling nodig is:

Omschrijving van de uit te voeren medische handeling:

De medische handeling moet dagelijks worden uitgevoerd op onderstaande tijden:

Ouder / verzorger,

d.d. _____

Naam: _____

Handtekening: _____