

MEDICIJNKAART

Naam kind: _____
Klas: _____
Naam ouder(s): _____

Naam medicijn: _____

Vorm: tablet capsule
 siroop zalf
 spray andere: _____

Dosering: _____

Moment van
inname: _____

Hoe bewaren: koelkast kamertemperatuur

Ik verklaar hierbij dat mijn zoon of dochter bovengenoemde
medicatie mag toegediend krijgen door de school.

Datum: ___/___/___ Handtekening: _____



MEDICIJNKAART

Naam kind: _____
Klas: _____
Naam ouder(s): _____

Naam medicijn: _____

Vorm: tablet capsule
 siroop zalf
 spray andere: _____

Dosering: _____

Moment van
inname: _____

Hoe bewaren: koelkast kamertemperatuur

Ik verklaar hierbij dat mijn zoon of dochter bovengenoemde
medicatie mag toegediend krijgen door de school.

Datum: ___/___/___ Handtekening: _____