

## Medicatiefiche

Ondergetekende, \_\_\_\_\_ vader/moeder/voogd van  
[naam + voornaam] \_\_\_\_\_ uit klas \_\_\_\_\_  
vraagt aan om volgende medicatie toe te dienen aan bovenvermeld kind.

MEDICATIE	DOSIS	TIJDSTIP
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Periode: van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_

Voorschrijvende arts: Dr. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Graag hier vermelden indien er specifieke voorschriften zijn ivm de bewaring van de medicatie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Handtekening ouder/voogd

\_\_\_\_\_