



Attest medicijnen



Naam van de leerling : _____ Klas : _____

Naam school : VBS De Zenne

Naam van de ouder(s) : _____

Telefoonnummer ouder(s) : _____

Naam van de dokter : _____

Adres dokter : _____

Telefoonnummer dokter: _____

Naam van medicijn : _____

Vorm : Siroop / poeder / pil / _____ (omcirkel of vul aan)

Dosering : _____

Tijdstip en frequentie : _____

Vervaldatum van medicijn : _____

Hoe bewaren? Koelkast / kamertemperatuur / _____ (omcirkel of vul aan)

Opmerkingen : _____

Handtekening ouder (s) :