

## Verklaring Toestemming tot verstrekking van medicijnen op verzoek

Hierbij geven ondergetekenden, ouder(s)/verzorger(s) van:

Naam kind	
Geboortedatum	
Groep	

Toestemming aan coach/leerkracht: \_\_\_\_\_

om bovengenoemd kind tijdens zijn/haar verblijf op Daltonschool De Evenaar het hierna genoemde medicijn toe te dienen. Het medicijn wordt toegediend conform het doktersvoorschrift/etiket op de verpakking.

### Gegevens betreffende het medicijn

Naam medicijn	
Toepassing t.b.v.	
Houdbaarheidsdatum	
Naam behandelend arts	
Naam uitgevende apotheek	
Start gebruik	Einde gebruik:
Dosering	
Tijdstip inname/toediening	
Wijze van toediening	
Bewaarplaats van het medicijn	
Volgend gesprek met arts m.b.t. toediening van het medicijn	

De school mag bij twijfel of onduidelijkheid zelf contact opnemen met behandelend arts en aanvaardt geen enkele aansprakelijkheid over eventuele bijwerkingen die op kunnen treden als gevolg van toediening door de coach/leerkracht.

<b>Medicijninstructie</b>	
Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op: _____ - _____ - _____	
Door: Naam	
Functie	
Instelling	
Aan: Naam	
Functie	
Instelling	

Akkoordverklaring getekend te Oss d.d. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Naam ouder/verzorger 1 \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

Naam ouder/verzorger 1 \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

Naam ouder/verzorger 1 \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_