

Ouders/verzorgers van..... Klas.....

Geven een medicijnverandering of start door van onderstaande medicatie:

Met ingang van : datum is het medicijngebruik als volgt:

Medicijngebruik thuis:

Naam Medicijn:	Dosering (mg):	Tijdstip:

Medicijngebruik school:

Naam medicijn:	Dosering (mg) :	Tijdstip:

Op woensdag en op de dagen dat we evt. smiddags vrij zijn moeten de medicijnen van ± 12.15 u

*0 wel gegeven worden

*0 niet gegeven worden, de reden hiervoor is.....
.....

Medicijn gebruik is op advies van:

*0 arts naam arts.....

*0 ouders/verzorgers

*(aankruisen wat van toepassing is)

Wij gaan er van uit dat de ingevulde gegevens kloppend zijn.

Wij zijn niet verantwoordelijk voor foutief ingevulde informatie en de eventuele schadelijke gevolgen daarvan

Bij onduidelijkheden nemen we uiteraard contact met u op of controleren we de gegevens via apotheek en/of onze schoolarts: Monique de Koning.

Medicatie graag meegeven in originele verpakking met apotheeksticker of copie van recept..

Datum.....

Handtekening ouders/verzorgers.....

Met vriendelijke groeten

Kinderverzorging scholengemeenschap De Keyzer

Sjannie Weterings sweterings@sgdekeyzer.nl

Corry Voeten- cvoeten@sgdekeyzer.nl