



ATTEST MEDICIJNEN

Naam van de leerling: _____ Klas: _____

Vestigingsplaats: _____

Naam van de ouder(s): _____ Tel: _____

Naam geneesheer: _____

Adres geneesheer: _____

Telefoon: _____

Naam medicijn : _____ Vorm: _____

Dosering: _____

Tijdstip en frequentie: _____

Vervaldatum : _____ Hoe bewaren? _____

Voorzorgen: _____

Handtekening ouders.

Handtekening geneesheer.