

## Medicatie op school

## Toelating ADL

### Betrokken leerling

Naam en voornaam:

Geboortedatum:

Klas:

### Toelating activiteiten dagelijks leven (ADL)

Wij, ouders/voogd van bovenvermelde leerling geven de toestemming aan het personeel van de school om ons kind volgende medicatie toe te dienen of toezicht te houden op het nemen van medicatie (*schrappen wat niet past*):

### Medicijnnaam, richtlijnen, hoeveelheid, soort ...

### Procedure, duurtijd van de behandeling

datum

\_\_\_\_\_

arts / apotheker / voorschrift  
(indien van toepassing)

(naam, handtekening)

ouders / voogd

(naam, handtekening)

