

Attest medicijnen

Naam van de leerling: _____ klas: _____

Vestigingsplaats: Vrije Basisschool Hink Stap Sprong , Schoolstraat 10, 3680 Opoeteren

Naam van de ouders: _____ tel: _____

Naam geneesheer: _____

Adres geneesheer: _____

Telefoon geneesheer: _____

Naam medicijn: _____ Vorm: _____

Dosering: _____

Tijdstip en frequentie: _____

Vervaldatum: _____ Hoe bewaren? _____

Voorzorgen: _____

Handtekening ouders

Handtekening geneesheer